10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER LARYNGÉ

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Hippolyte MARELLE

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

Ancien externe des hôpitaux.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1878

à Mademoiselle Lignier
hommage de son cousin.
H. Marelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER LARYNGÉ

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

HIPPOLYTE MARELLE

Docteur en médecine de la Faculté ed Paris,

Ancien externe des hôpitaux.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1878

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

DE MA MÈRE ET DE MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR BOUCHUT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin à l'hôpital des Enfants.

A M. LE DOCTEUR PANAS

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien à l'hôpital Lariboisière,
Membre de l'Académie de médecine.

A MES MAITRES

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DU CANCER LARYNGÉ

INTRODUCTION

Nous avons pu suivre récemment à l'hôpital Saint-Louis deux malades atteints de cancer du larynx. Chez l'un deux, la tumeur partie de la glande thyroïde avait envahi consécutivement le conduit aérien. Chez l'autre, le néoplasme s'était primitivement developpé dans le larynx.

Le cancer du larynx peut être en effet *primitif* ou *consécutif*, c'est-à-dire propagé.

L'histoire du cancer primitif a été faite par le docteur Blanc, en 1872. Nous avons l'intention de la reprendre en insistant particulièrement sur quelques points qui nous paraissentavoir été laissés dans l'ombre, tant dans ce travail, dont nous ne contestons pas la valeur, que dans les descriptions du cancer du larynx faites par un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons surtout les docteurs Fauvel et Isambert.

Nous ferons en même temps l'étude du cancer consécutif, dont la marche et les symptômes diffèrent peu de ceux du cancer primitif.

Dans le traitement, nous rassemblerons les cas nouveaux

d'extirpation du larynx qui sont venus à notre connaissance, complétant ainsi les résultats donnés par Hermantier dans sa thèse (Paris 1876).

DÉFINITION DU SUJET

A l'exemple d'Isambert [1], nous conservons l'ancienne dénomination de cancer dans son sens clinique de tumeur maligne, envahissant les tissus du larynx et les organes voisins, se substituant à eux par un travail de dégénérescence et susceptibles de récidiver, comme tous les cancers des autres organes, soit localement, soit dans les viscères.

Nous y comprenons, pour parler le langage des histologistes :

1° Des carcinômes vrais, carcinômes ordinairement médullaires ou encéphaloïdes ;

2° Des épithéliômes appelés, par les auteurs allemands, cancers épitheliaux ;

3° Des sarcômes.

HISTORIQUE

Morgagni, dans sa lettre XXVIIIe, est le premier qui fasse mention du cancer du larynx ; il en parle en ces termes [2] : « Un homme de cinquante ans commence à se plaindre « d'avoir la déglutition embarrassée, cet embarras augmente « peu à peu, la voix se perd ; il meurt subitement comme « suffoqué. On trouve, en faisant l'autopsie, dans le larynx

1 *Contrib. à l'étude du cancer laryngé*, 1er mars 1876. — *Ann. des maladie de l'oreille et du larynx*,

2. *De sedibus et causis morborum.*

« et le pharynx, plusieurs tumeurs dures qui avaient la na-« ture du carcinôme.. » A quelques lignes de là, on en trouve un autre exemple : « Un jeune homme, mort de « la même manière, présente des tumeurs semblables, sur-« tout à la partie supérieure du larynx et aux côtés voisins « du pharynx. Mais les tumeurs étaient déjà ulcérées en « quelques points et les ulcères avaient perforé l'épiglotte « elle-même. »

Louis a publié, dans les *Mémoires de la Société médicale d'observation*, un exemple qu'il considère comme étant le premier de carcinôme du larynx [1].

L'observation est ainsi intitulée :

« Toux depuis six années, oppression depuis cinq ans, augmentée dans les derniers mois, douleurs au larynx, aphonie, accès épileptiformes, hypertrophie du cœur. »

Observation I (tirée de Louis). — Résumé.

Il s'agissait d'un homme de soixante-huit ans qui, après avoir éprouvé de la dyspnée et de la suffocation pendant de longues années, mourut dans le coma, après avoir présenté des convulsions épileptiformes. A l'autopsie on trouva immédiatement au-dessous de l'épiglotte une masse dure, ferme, difficile à inciser, criant sous le scalpel, brillante, sans structure distincte, se prolongeant à droite et en arrière entre les cartilages thyroïde et cricoïde, ne dépassant pas supérieurement le niveau du thyroïde et transformant l'aryténoïde droit en une masse semblable à celle qui vient d'être décrite. La masse cancéreuse avait la forme d'un coin dont la pointe reposait sur l'épiglotte, la base se trouvait dirigée vers la colonne vertébrale. Ramollie, de consistance crémeuse à l'intérieur, elle rétrécissait beaucoup la cavité du larynx à droite, où les cordes vocales du même côté étaient détruites. Il existait une autre masse cancéreuse sous la corde vocale inférieure gauche.

Le cartilage thyroïde est sain, le cartilage cricoïde est ossifié dans toute son étendue. Rien dans les viscères. Les poumons sont emphysés mateux.

1. *Mém. de la Soc. méd. d'observations*, Paris, 1837, t. I, p. 169.

Trousseau, dans la même année a publié un autre exemple de cancer du larynx. Il a paru dans le *Traité de la phthisie laryngée* [1].

Obs. II. (tirée de Trousseau). — Résumé.

Mme P., trente-deux ans, a toujours joui d'une bonne santé, on ne note rien de syphilitique dans les antécédents. En 1832, elle prend un enrouement après avoir joué dans le parc de Versailles; en 1834 l'aphonie est complète. En janvier 1835, l'oppression apparaît et présente immédiatement des paroxysmes qui obligent à faire la trachéotomie. Quelques jours après la malade se lève, accuse un mieux sensible, et peut parler en bouchant sa canule. Huit mois après il existe une tumeur volumineuse au côté gauche et à la partie moyenne du larynx, elle apparaît entre la canule et le bord de la plaie. La tumeur s'ulcère et donne lieu à de fréquentes hémorrhagies. Le 15 novembre, il se fait un épanchement pleurétique qui emporte la malade vers le 10 décembre 1835. L'examen anatomique montre une multitude de tumeurs, d'un volume variable, réunies en groupes ou isolées, occupant presque tout l'intérieur du larynx, l'épiglotte et une partie de la trachée-artère ; à l'intérieur elles faisaient une saillie considérable au-dessus de la canule et au-devant du larynx et avaient le volume d'une pomme de moyenne grosseur. En ce point elles étaient inégales, anfractueuses, et la peau qui la recouvrait était d'un rouge livide, amincie et ulcérée. Sur les parties latérales, du côté gauche principalement, et au-devant du corps thyroïde on voyait, disséminées dans le tissu cellulaire, une multitude de petites tumeurs analogues.

La quatrième observation est encore de Trousseau [2]. La trachéotomie, faite *in extremis*, donna au malade une survie de neuf mois. La cinquième appartient à Bauchet [3]. Il s'agit d'une tumeur fibro-plastique présentée à la Société anatomique, C'est devant la même Société que fut faite par Barth [4] la présentation d'une petite tumeur cancéreuse

1. Trousseau et Belloc. *Traité de la phthisie laryngée*, Paris, 1837, p. 132.
2. *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1840, huitième année, p. 133.
3. *Bull. de la Soc. anat.*, 1851.
4. 1854, p. 202.

du larynx, de la grosseur d'une noisette, ayant déterminé l'asphyxie. La septième observation est de Hilton [1].

A partir de ce moment (1858) la laryngoscopie, en permettant de reconnaître dans leur début les lésions du larynx donnent un rapide essor à la pathologie de cet organe et multiplie le nombre des observateurs et des cas observés. Citons ceux de Valery, Meunier, de Décori, de Türck, de Dufour, de Bicherton, etc. Le docteur Blanc, au moment de sa thèse, n'en connaissait que trente cas environ; mais aujourd'hui, il ne serait pas difficile de réunir une statistique de plus d'une centaine. Le docteur Fauvel [2] en a publié trente-huit qui lui sont personnels. Isambert en a observé un certain nombre de cas, d'après lesquels il a fait paraître, quelque temps avant sa mort, un Mémoire tout à fait original sur le cancer primitif du larynx. Citons enfin la thèse de Descouts [3] qui paraît avoir été faite sous l'inspiration d'Isambert.

Un grand nombre de Mémoires et d'Observations ont aussi paru à l'étranger; nous aurons l'occasion d'en rapporter plusieurs au cours de ce travail. En Allemagne, la thérapeutique de l'affection est entrée dans une phase nouvelle par l'extirpation du larynx tentée et réussie pour la première fois par Billroth en 1873.

Ce que nous venons de dire s'adresse surtout au cancer primitif du larynx; quant au cancer consécutif ou propagé, il n'a pas d'histoire spéciale. On l'a admis de tout temps au cours des cancers venus des organes voisins, du pharynx, de l'œsophage, du corps thyroïde, et c'est dans les lésions de ces divers organes qu'il est d'ordinaire décrit.

1. *Presse médicale*, 1858. — *Traehéotomie dans le cancer du larynx.*
2. *Traité des maladies du larynx.* Paris, 1876.
3. *Contribution à l'étude du cancer primitif du larynx*, Paris, 1876.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cancer primitif.

A l'exemple d'Isambert, on peut diviser les cancers du larynx en *cancers extrinsèques* et *cancers intrinsèques*. Les cancers intrinsèques se développent dans la cavité laryngienne, les cancers extrinsèques prennent naissance dans les parties intermédiaires entre le pharynx et le larynx, ainsi sur l'épiglotte, sur les replis aryténo-épiglottiques.

Ces derniers ne sont pas nombreux. Le docteur Fauvel considère même le cancer de l'épiglotte comme très-rare. Il en cite une seule observation. Türck en a rapporté trois cas. En voici un exemple récent publié par le docteur Bayer, de Bruxelles :

Obs. III. — *Développement et opérations d'un cancer de l'épiglotte*, par le Dr Bayer (de Bruxelles).

M. H..., ancien officier aux Indes Néerlandaises, agé de quarante-six ans, de constitution vigoureuse, garde le lit en proie à une pénible dyspnée; les traits sont tendus, les yeux saillants, les ailes du nez sans cesse en mouvement. Le malade est complétement aphone. Il est pris, à de courts intervalles, d'accès de toux qui amènent parfois presque la suffocation. Très-abondante expectoration d'un liquide épais, sanguinolent, brunâtre. L'examen du thorax ne révèle qu'une hypertrophie cardiaque et un râle à grosses bulles dans les grosses bronches. Les glandes lymphatiques du cou ne sont pas gonflées.

Les symptômes subjectifs que le malade accuse, à la suite d'une des crises auxquelles il est sujet, consistent en forte pesanteur de la tête et des membres, bourdonnements dans les oreilles, oppression.

L'examen laryngoscopique montre, à la racine de la langue, entre les papilles caliciformes qui s'en détachent nettement, une rangée de tumeurs mûriformes qui occupent les fossettes glosso-épiglottiques et remontent sur les replis glosso-épiglottiques jusqu'à l'épiglotte, qu'elles entourent en couronne. Ces tumeurs sont presque toutes séparées les unes des autres par des portions de muqueuse paraissant saines; il est

cependant quelques points disséminés où elles sont confluentes. Ces tumeurs, en forme de choux-fleurs, présentent des grains plus gros que les papillômes que l'on voit si fréquemment dans l'intérieur du larynx; elles varient de la grosseur d'une noisette, et au delà, à celle d'un grain de millet. L'épiglotte est en outre gonflée en totalité, épaissie; sa muqueuse et la muqueuse pharyngée offrent un degré intense d'inflammation. Toutes ces parties comblent la cavité de l'arrière-gorge, de telle façon qu'il est impossible au regard de pénétrer dans l'intérieur du larynx, et qu'on ne peut qu'à grand-peine entrevoir les cartilages aryténoïdes, qui, sauf une forte rougeur, ne présentent rien de particulier.

Antécédents. — M. H..., n'a jamais eu la syphilis; à l'âge de vingt ans, il a eu un rhumatisme aigu avec affection cardiaque concomitante. Il fut cloué au lit, à l'âge de vingt-trois ans, pendant fort longtemps, par une dyssenterie qui lui laissa pour traces des troubles fréquents de la digestion. Abstraction faite de cela, le malade s'est toujours bien porté; mais le climat des Indes n'a pu lui convenir, parce qu'il souffrait beaucoup d'insomnie, et il a dû revenir en Europe. Il se fractura le fémur, il y a deux ans; cette fracture a bien guéri. Le malade a toujours été très-grand fumeur.

C'est en août 1874 que M. H..., s'aperçut pour la première fois d'un léger chatouillement dans la gorge, accompagné d'une faible douleur qui augmentait au moment des repas. Ces symptômes s'étant aggravés dans le cours des deux mois qui suivirent, le malade a été traité par deux médecins, qui ne pratiquèrent point d'examen laryngoscopique et prescrivirent de l'iodure de potassium en pilules et de la glycérine en badigeonnages dans le pharynx. Les douleurs devinrent plus fortes au mois de septembre, avec maximum au moment où le patient fumait ou mangeait; on lui donna alors de l'alun en pulvérisations et en gargarismes, et on toucha la gorge avec une solution de nitrate d'argent; malgré tout, les symptômes allèrent tous en s'aggravant avec une grande rapidité. La voix reste claire; parfois survient un fort accès de toux. Au mois d'octobre, le Dr Spaack entreprit un examen laryngoscopique qui donna les résultats suivants: épiglottite aiguë. L'épiglotte est couverte de bourgeons inflammatoires. Le diamètre est réduit à environ 10 millimètres. Les bourgeons saignent au moindre contact. Le médecin institue un traitement consistant en applications de cataplasmes autour du cou, en inhalations de vapeurs de guimauve et en pilules d'iodure de potassium à l'intérieur. Mais il survint deux jours après une telle aggravation, qu'il y eut de réels accès de suffocation qu'il fallut combattre par l'application de trois sangsues de chaque côté du cou et l'ingestion de glace qui

procura un grand soulagement. Il reste à la suite de cela de la toux avec expectoration. La voix est claire. L'état général s'améliore de nouveau, le malade fait usage de pulvérisations d'acide phénique. Vers le milieu de novembre, tous les symptômes vont en s'aggravant, et il survient le soir une toux nerveuse qui finit par prendre un tel degré de gravité que le malade ne peut dormir de toute la nuit et ne ferme l'œil qu'au matin, La toux devient de plus en plus forte, ainsi que l'expectoration. On donne, sans succès, le chloral à l'intérieur et en lavements. Le 3 décembre, le médecin spécialiste qui soigne M. H..., lui prescrit des pilules de codéine à raison de 3 centigrammes par pilule, mais cela sans effet. Le 4 décembre, après avoir pris 60 centigrammes de codéine en l'espace d'une heure, le malade éprouve des troubles du côté de la sensibilité, de l'oppression, de la pesanteur de tête, des nausées et des vomissements, il tombe enfin dans une prostration générale.

La toux augmente de plus en plus et suffoque presque le malade.

Le 5 décembre au matin, le malade est entièrement affaibli. On lui prescrit 6 grammes de chloral et en outre 0gr, 01 de belladone à prendre toutes les deux heures.

La situation s'aggrave encore.

Vu la violence plus grande des accès de toux, vers les 5 heures du soir, on fait prendre au malade, le 7 décembre, de la quinine.

Le malade s'adresse alors de nouveau au médecin qui le voyait d'habitude, M. le Dr Chantrain, lequel n'espérant plus rien de la médication interne et en présence du refus d'opération de la part du spécialiste traitant, refus basé sur la crainte de voir le patient lui rester entre les mains pendant la tentative, me fait appeler en consultation avec le professeur Rommelaere. Ce fut alors que je constatai l'état décrit. Il n'y avait qu'à tenter de suite quelque opération. La trachéotomie, comme pis aller, fut rejetée par le malade. Je résolus donc de me guider avec le laryngoscope, pour frayer un passage à l'air, et pensai de suite à amputer l'épiglotte par le galvano-cautère. Mais n'ayant pas sous la main les instruments nécessaires, je commençai l'après-midi par pratiquer, avec l'assistance de mes collègues, l'ablation de tout ce qui obstruait l'arrière-gorge, pour me donner accès au cœur du mal, à l'aide de l'écraseur linéaire et de la guillotine de Störck.

C'était surtout une grosse tumeur de la fosse antiépiglottique droite qui repoussait fortement l'épiglotte en arrière ; son ablation procura au malade un grand soulagement. L'hémorrhagie fut arrêtée au moyen de la glace. L'opéré tint bon, fort heureusement, et ne cria point, grâce à son énergie et à son intelligence.

A partir de cette première séance, on fait des cautérisations répétées, et l'on enlève une grande quantité des produits pathologiques; l'épiglotte reprend sa configuration normale, et, le 26 décembre, la respiration est tout à fait libre; les cordes vocales sont dégonflées; après un instant de mieux, une nouvelle poussée survient et, le 16 janvier, l'on remarque dans les endroits où l'on a enlevé des tumeurs, et notamment dans la fosse glosso-épiglottique gauche, des plaques gangréneuses reposant sur un fond ulcéré. Vives douleurs et forte salivation. Déglutition impossible. Ganglion infiltré à la région cervicale droite. Je fais une cautérisation à la potasse caustique, avec la précaution préalable de faire une injection sous-cutanée de $0^{gr},03$ de morphine. La cautérisation est répétée le 27, le 28, le 29, le 30 janvier; et continuée pendant tout le mois de février. Les végétations repoussent au fur et à mesure; il y a des des alternatives de mieux et d'aggravation dans les symptômes. Le 8 mars, je pratique la cautérisation des tumeurs malignes avec le galvano-cautère et la batterie de Bruns, à la base de la langue et sur l'épiglotte. Pas d'hémorrhagie, sauf lors de l'enlèvement d'une eschare. L'opération est bien supportée, mais une nouvelle tentative est très-douloureuse; le 8 août on recommence, et il survient dans la nuit une petite hémorrhagie. La sécrétion salivaire est très-abondante; elle finit par prendre une odeur fétide. L'épiglotte enfle au point de s'encastrer entre les parois du pharynx.

Je me décide à pratiquer, le 19, une cautérisation énergique à la suite de laquelle le gonflcment disparaît totalement. On applique du chlorate de potasse en poudre sur le fond des ulcérations. Les végétations de la base de la langue se réduisent et l'épiglotte aussi. Le 7 mai. le mal empire, l'on revient à la cautérisation à la potasse. Le 18 et le 19 mai, après avoir enlevé des eschares de la consistance du cuir, je cautérise la place nettoyée au chlorure de zinc; les jours suivants de même, et l'on racle avec une curette. Fin mai, l'épiglotte est revenue à l'état normal. La douleur reparaît le 5 juin avec les masses de mauvaise nature et la salivation. De nouvelles cautérisations sont entreprises et continuées avec succès.

Le 4 juillet, apparaissent subitement de la fièvre, de l'oppression; il y a des syncopes. Je remédie à cet état par l'infusion de digitale et j'ai recours à l'électrolyse pour me rendre maître des nouvelles végétations qui se développent incessamment. J'enfonce dans la masse tuméfiée l'aiguille recouverte de Fieber; forte hémorrhagie. Le pôle opposé étant appliqué sur le côté gauche du cou, je fais agir d'abord trois éléments au charbon et au zinc, puis six éléments, puis enfin huit. De violentes dou-

leurs surviennent et me forcent de retirer l'aiguille après trois minutes de durée. Six éléments sont de nouveau bien supportés. Mais je reviens au chlorure de zinc; le 15 juillet : amélioration. Les fissures qui existent à la base de la langue, entre les végétations, se creusent de plus en plus au point de rendre la parole très-difficile. L'emploi du chlorate de potasse pendant le mois d'août a donné de bons résultats; malgré cela de nouvelles cautérisations au chlorure de zinc redeviennent nécessaires; car la base de la langue étant envahie par l'infiltration polypeuse, la parole est supprimée et la déglutition presque impossible.

Le 30 août, je me trouvais à Paris; j'y reçus un télégramme qui me mandait en toute hâte auprès du malade, qui était sur le point de suffoquer; je constate un énorme gonflement de l'épiglotte, qui ne laissait qu'un étroit passage à l'air et aux aliments, dont l'ingestion provoque de violents accès de toux. Des cautérisations au chlorure de zinc, immédiatement faites, sont répétées avec un succès varié, de temps en temps, jusqu'au 29 septembre. L'état du malade reste déplorable jusqu'au 3 octobre. On constate à ce moment qu'une masse polypeuse qu faisait, de l'épiglotte où elle s'insérait, saillie dans le larynx, est devenue presque entièrement libre et flottante, de manière à s'insinuer pendant la déglutition entre l'opercule et la paroi du pharynx et à provoquer la toux. On tente en vain de la cautériser et l'on n'ose l'exciser, de crainte d'une hémorrhagie. Il se fait une sécrétion d'une odeur fétide qui retombe toujours dans le larynx en raison du décubitus dorsal auquel le malade est condamné. L'ulcération fait de rapides ravages, malgré les cautérisations.

Le 24 octobre, on voit que l'une des végétations de la base de la langue s'est développée en tumeur de la grosseur d'une noix. Le retrécissement progressif des voies aériennes me détermine à enlever, à l'aide de la galvano-caustique, la masse flottante qui tient au côté gauche de la base de l'épiglotte, et qui oppose une certaine résistance, puis la tumeur de la base de la langue, qui s'enlève plus facilement et qui a une consistance encéphaloïde. Le tout a duré quinze secondes sans hémorrhagie. La première masse enlevée consiste en tissu cicatriciel et renferme des cellules fusiformes allongées, disposées en couches épaisses et denses, composition évidemment due à l'action du cautère. Là-dessus, quelque amélioration se manifeste, et le 3 novembre on entreprend l'ablation par l'anse coupante, de deux tumeurs assez grosses. Le 14, nouvelle cautérisation galvanique d'une tumeur qui croît entre l'épiglotte et le pharynx.

Le 20, à l'aggravation de tous les symptômes existants s'ajoute l'engorgement des ganglions de la région gauche du cou, qui vient apporter

une gêne de plus à la déglutition. Le patient est très-faible et les végétations remplissent maintenant tout le pharynx ; je les cautérise deux fois au chlorure de zinc, mais cela en vain. Le 16 décembre on m'appelle, à quatre heures du matin, auprès du malade qui suffoquait. Je fais à l'instant la trachéotomie, j'introduis la canule pendant une forte hémorrhagie, quoique le fils de l'opéré, seul aide qui fût à ma disposition et qui était chargé d'écarter les lèvres de la plaie, se fût trouvé mal. Après quelques accès de toux qui déterminèrent le rejet d'une grande quantité de sécrétions bronchiques, l'opéré devint calme et s'endormit d'un profond sommeil.

Le 17, le malade respire librement, tousse peu. Il ne prend pas de nourriture et est le plus souvent plongé dans un sommeil narcotique, grâce aux injections sous-cutanées qu'on lui fait.

Le 23 décembre, mort tranquille.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

Le cancer intrinsèque est bien plus fréquent. D'après Fauvel, sur trente-six cas, vingt-six fois la partie gauche a été envahie primitivement, seize fois c'est sur la corde vocale supérieure gauche que le cancer a débuté ; dix fois toute la moitié gauche était atteinte et l'affection avait fait de tels progrès qu'il était impossible de reconnaître le point exact du début. Sept fois le côté droit avait été primitivement malade ; cinq fois le début s'était fait sur la corde vocale supérieure ; une fois sur la corde vocale inférieure, une fois sur la muqueuse aryténoïdienne. Dans trois cas, tout le larynx avait subi la dégénérescence carcinomateuse, et il était impossible de reconnaître par quel côté de l'organe avait commencé l'affection.

Le cancer se présente au début sous deux formes différentes : ou bien il constitue des tumeurs distinctes plus ou moins volumineuses, ou bien il est disséminé sous forme de petites végétations occupant une plus ou moins grande étendue.

Les tumeurs ont la forme de champignons, de marrons ;

elles sont bosselées, irrégulières, présentent des points ecchymotiques. Elles ne tardent pas à s'ulcérer et deviennent alors grisâtres, à bords déchiquetés ; elles saignent facilement.

Les végétations sont constituées par des productions en forme de choux-fleurs, qui s'étalent dans la cavité laryngienne. Bientôt les parties s'ulcèrent et se recouvrent de pus et de mucosités en permanence. L'ulcération est grisâtre, souvent sanglante, recouverte de petits caillots.

Quelle que soit la forme du néoplasme au début, dès qu'il prend de l'extension, il envahit les parties voisines du larynx, dénude les cartilages et les détruit. Les fragments peuvent faire saillie dans la cavité laryngienne et former une sorte de valvule qui agit comme une soupape au point de vue de la respiration et la gêne d'une façon notable. D'autres fois, c'es du côté du pharynx que le cartilage fait saillie : il devient alors une cause de dysphagie. Les articulations sont ouvertes ; des abcès se forment autour des cartilages et peuvent causer l'œdème du larynx.

Plus tard encore, le cancer franchit le larynx et vient s'étaler sous forme de masses plus au moins volumineuses autour du conduit. La peau même peut être envahie, et alors il existe un véritable ulcère cancéreux qui répand une odeur fétide. C'est par l'ouverture de la trachée et autour de la canule que les végétations se montrent d'abord ; elles peuvent occuper une étendue de peau considérable.

Les organes voisins ne sont pas respectés ; le cancer perfore la paroi, qui le sépare du pharynx et fait saillie dans ce conduit. D'autres fois, mais plus rarement, il se propage au corps thyroïde, comme nous en donnerons une remarquable observation due à M. Eugène Monod.

Il existe en même temps des lésions à distance. Ce sont les engorgements ganglionnaires et l'infection viscérale.

Les engorgements ganglionnaires sont à peu près constants dans une période avancée de la maladie, ils siégent surtout dans les ganglions cervicaux et sous-maxillaires qui, tantôt présentent une altération ressemblant à l'hypertrophie simple, tantôt renferment des éléments analogues à ceux de la tumeur. Dans quelques observations on a noté l'engorgement des ganglions péritrachéaux et même péribronchiques : ce sont là des faits rares. Nous n'avons noté la suppuration des ganglions que dans un seul cas qu'on nous a signalé dernièrement dans le service de M. le docteur Terrier, à Bicêtre.

Fait remarquable, les généralisations viscérales sont absolument exceptionnelles. Hâtons-nous d'ajouter toutefois que les cas de cancer du larynx avec autopsie, et surtout autopsie minutieuse à ce point de vue, ne sont pas communs. La plupart du temps c'est à peine si l'on parle de l'examen des viscères abdominaux dans les observations que nous avons dépouillées, et c'est là une lacune regrettable.

Nous pouvons en citer trois faits : l'un est du docteur Sands; nous le rapportons *in extenso.* L'observateur ne croit pas à une simple coïncidence, et nous partageons sa manière de voir.

Obs. IV. — *Case of cancer of the larynx, successfully removed by Laryngotomy.* — By Henry Sands, attending Surgeon to the New-York Hospital. (Tiré du *New-York medical Journal.*)

Dans la dernière partie de janvier 1863, je fus appelé pour voir Maria Dermott, servante âgée de trente ans. Elle a généralement joui d'une bonne santé et ne reconnaît pas de prédisposition morbide héréditaire. Au mois de septembre précédent « elle prit froid », mais se

rétablit en quinze jours. En octobre, cependant, elle fut reprise de raucité de la voix qui alla graduellement croissant. En même temps, elle souffrait de temps en temps d'une légère dyspnée et se plaignait aussi de légères constrictions à la gorge. Elle ne ressentait pas de douleurs, et sa santé générale était restée bonne. Au moment de ma visite, je fus informé qu'elle s'était rendue à un dispensaire allemand, où elle avait vu le docteur Simrock, qui avait dit qu'elle avait un polype du larynx. Quelque temps après, je consultai le docteur Simrock, et, avec son assistance, je pus examiner la malade au laryngoscope et confirmer la véracité du diagnostic. La description de la tumeur a été faite par le docteur Simrock en ces termes :

« L'examen laryngoscopique à la lumière artificielle montre une tumeur rouge, arrondie, émergeant entre les cordes vocales gauches, et prenant son origine dans le ventricule de Morgagni. La surface est irrégulière et granuleuse. J'essayai d'enlever la tumeur par l'ouverture supérieure du larynx, mais elle était sessile, aussi il était très-difficile de la saisir. Un jour je réussis à arracher une partie de la tumeur, et l'examen microscopique nous montra qu'il s'agissait évidemment d'un cancer. La masse consistait en un stroma fibreux renfermant des alvéoles pleines de cellules ayant un gros noyau. »

Je fis alors la laryngotomie avec l'aide du docteur Simrock, et pratiquai une incision depuis les cartilages de la trachée jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne, et enlevai facilement la tumeur. Celle-ci était molle, vasculaire, pleine de suc, et ses caractères microscopiques étaient évidemment d'une tumeur cancéreuse. Elle était formée d'un stroma délicat de tissu conjonctif; les mailles en étaient pleines de cellules de formes et de grosseurs différentes, contenant de gros noyaux et des nucléoles caractéristiques du cancer. Parmi les noyaux, quelques-uns étaient libres. Marie D... resta en bonne santé pendant longtemps après cette opération. Sa voix ne reprit jamais son timbre normal, quoique cependant elle eut un degré considérable de résonnance. De temps en temps, elle fut examinée au laryngoscope, jamais je ne pus découvrir de récidive de la tumeur. La mobilité des cordes vocales du côté opéré était cependant fort restreinte, et le ventricule gauche paraissait être occupé par du tissu de cicatrice. Les fonctions de la respiration et de la déglutition étaient entières.

Au mois d'octobre dernier, l'état général de notre malade devint mauvais, elle s'amaigrit et commença à souffrir de céphalées, de nausées, en même temps que se manifestait une notable déperdition des forces. — Au commencement du mois de décembre, elle fut admise à l'hôpital

de New-York et présentait à cette époque un aspect cachectique. Sa respiration était embarrassée et elle avait par intervalles des accès de vertige. L'examen physique de la poitrine et de l'abdomen ne nous fit pas découvrir la maladie cancéreuse, qui cependant existait de toute évidence dans quelqu'un des organes internes. L'aspect spécial de la peau nous fit soupçonner une altération des capsules surrénales, mais le poumon et le cerveau étaient aussi suspectés, et aucun diagnostic précis n'était possible. Elle continua à perdre ses forces de jour en jour, refusant de s'alimenter, et mourut le 4 janvier 1865, un peu plus de vingt-deux mois après l'opération.

Autopsie. — Le poumon était sain ainsi que tous les organes thoraciques. Le foie et les viscères abdominaux étaient généralement sains. Les ganglions lombaires étaient augmentés de volume, mais la principale altération fut trouvée dans le rein et dans l'uretère gauches, et dans les capsules surrénales droite et gauche; tous ces organes étaient le siége de dépôts paraissant cancéreux. Les lésions les plus remarquables siégeaient dans les capsules surrénales, toutes les deux étaient fort augmentées de volume et de consistance, criaient sous le couteau et ressemblaient absolument au squirrhe. La gauche pesait 2 onces et mesurait 3 pouces 1/4 dans son plus grand diamètre, la droite ne fut pas mesurée, mais elle était d'une grosseur égale. Le rein gauche contenait plusieurs nodules ; jaune blanc, de dépôt morbide, et sa substance était refoulée excentriquement, de manière à former de nombreux kystes renfermant du pus et de la fibrine coagulée, qui communiquaient avec le bassinet. La dilatation du rein était due évidemment à une oblitération de l'uretère. Les parois de celui-ci, jusqu'à l'extrémité de sa portion pelvienne, étaient infiltrées de substance analogue à celle qui fut trouvée dans le rein et les capsules surrénales. L'uretère malade formait une sorte de corde ayant un peu plus de 1/4 de pouce de diamètre, et son canal était à peine large pour admettre une petite sonde d'argent.

En faisant la section des parties malades, on obtint un suc abondant qui, au microscope, montra des noyaux, des cellules arrondies et des cellules fusiformes.

Il est très-remarquable que les éléments microscopiques de la tumeur laryngée aient été si peu ressemblants à ceux *des dépôts secondaires* trouvés après la mort. Ceux trouvés d'abord sont généralement admis comme caractéristiques du cancer, les autres sont un exemple typique de ce qui est généralement appelé tumeur fibreuse régressive (fibro-recurrent). Ce fait semble indiquer entre les deux genres de tumeurs un rapport de parenté plus étroit qu'on ne le supposait jusqu'à présent.

Le larynx et la trachée, enlevés avec soin, furent ouverts par une section médiane pratiquée à travers la paroi postérieure. Il n'existait point de récidive. Le larynx était normal, sauf les traces de l'ancienne opération. Le ventricule gauche était occupé par du tissu de cicatrice auquel la corde vocale inférieure était adhérente. Il n'y avait dans le larynx et dans la trachée aucun signe d'affection cancéreuse.

M. Mericamp, interne dans le service du docteur Terrier, à Bicêtre, a bien voulu nous donner connaissance d'un second fait dans la note suivante :

Un malade âgé de 65 ans portait, depuis deux ans et demi à trois ans, une tumeur dont le point d'implantation était exactement sur le repli aryirno-épiglottique gauche. Elle avait l'aspect d'un carcinôme et ne tadcr pas à s'ulcérer. Les cordes vocales inférieures n'ont pas été ouchées. La mort est survenue dans la cachexie.

A l'autopsie on trouva une tumeur ulcérée, ayant détruit le repli aryteno-épigcottique gauche ainsi que le cartilage cricoïde dans son tiers postérieur correspondant. Le muscle crico-aryténoïdien postérieur gauche avait subi la dégénérescence cancéreuse ; il en était de même du sterno-mastoïdien gauche, qui était raccourci, ce qui avait déterminé pendant la vie un véritable torticolis avec incurvation de la colonne vertébrale. Deux ou trois ganglions stermo-mastoïdiens étaient hypertrophiés. Tous ces organes formaient une tumeur volumineuse au travers de laquelle passait le nerf hypoglosse. Le corps thyroïde était intact. Il existait *un gros noyau cancéreux dans le lobe droit du foie.*

Une troisième observation de cancer du larynx, s'accompagnant de cancer viscéral, a été publiée dernièrement dans le *Progrès médical* (25 mai 1878).

Cancer du larynx. — *Trachéotomie,* — par Latil, interne provisoire. — Mort.

Le 20 janvier, entrait à l'hôpital temporaire, salle Sainte-Hélène, n° 24 (service de M. Rendu), un homme âgé de 46 ans, commis aux écritures, d'une constitution robuste, présentant une toux fréquente et une aphonie presque complète. Pas d'antécédents héréditaires. Le malade a toujours joui d'une bonne santé, seulement il avoue qu'il se livre à des excès alcooliques habituels et qu'il fume avec excès.

Il y a trois mois, il commença à tousser un peu, à avoir de la peine à avaler les aliments solides, en même temps il maigrit notablement et perdit l'appétit. Ce qui a toujours dominé chez lui, c'est la difficulté de la déglutition. La voix, d'abord enrouée, devint brusquement aphone dans l'espace d'une nuit.

Il y a un mois survinrent des hémoptysies assez abondantes, qui se renouvelèrent à plusieurs reprises.

A son entrée, on constate que le malade est très-amaigri, très-pâle et d'une teinte cachectique. Il se plaint surtout de la difficulté de la déglutition, les liquides passent assez facilement, mais les aliments solides provoquent une assez vive douleur, donnent lieu à des quintes de toux et souvent sont rejetés. La pression au niveau du larynx est douloureuse, et on peut constater à la palpation un peu d'empâtement de la région. La voix est complétement aphone. La toux est fréquente. L'expectoration est abondante : crachats muco-purulents, striés de sang d'une odeur fétide. — La respiration est un peu sifflante, mais il n'existe pas de cornage vrai. L'examen du thorax permet de constater un peu de submatité au tiers supérieur du côté droit, un affaiblissement du murmure vésiculaire.

Le 20. — Par la palpation de l'abdomen on trouve une tumeur au niveau de la région du foie, et paraissant due à une distension de la vésicule biliaire.

Le 22. — Urines foncées, brunâtres. — Bronchite légère.

Le 3 février. — Le foie ne change pas de volume, mais depuis quelques jours on commence à voir se développer les veines sous-cutanées de l'abdomen ; en même temps on reconnaît la présence d'un peu de liquide dans la cavité péritonéale.

Le 4. — L'expectoration est très-abondante, le malade remplit plusieurs crachoirs ; les crachats sont sanglants, spumeux et d'odeur fétide. La déglutition est toujours très-difficile et douloureuse. La gêne de la respiration n'a pas progressé. Pas de nouveaux signes d'auscultation.

Le 8. — Le malade accuse une gêne respiratoire plus notable. Inspiration sifflante et prolongée, expiration plus faible. La déglutition des solides est possible, mais très-douloureuse. La toux est fréquente ; l'expectoration est abondante et fétide. Les forces du malade déclinent rapidement.

Le 10. — L'ascite se développe rapidement. Le ventre est maintenant distendu, le foie refoulé par en haut, il devient difficile, à cause de l'abondance de l'épanchement, de délimiter son bord inférieur par

la palpation, comme on le faisait auparavant. En déprimant légèrement la paroi, on arrive cependant sur la face convexe et on trouve une petite masse dure, arrondie, inégale, au-dessous de l'appendice xiphoïde. Le malade maigrit beaucoup, l'état général devient grave. L'expectoration entraîne des crachats noirâtres et une petite quantité de sang, l'auscultation et la percussion n'indiquent aucune complication pulmonaire; quelques râles. Dans la soirée, le malade, qui jusqu'ici n'avait pas vomi, remplit une cuvette de vomissements noirs. Ces vomissements se sont encore renouvelés pendant la nuit, mais moins abondants; les urines sont presque complétement supprimées, et le matin à la visite il nous est impossible d'en avoir.

Le 11. — Dans la nuit, le malade est pris, assez brusquement, d'un accès d'étouffement : on le trouve assis sur son lit, en proie à une véritable orthopnée. Phénomènes de tirage. Les extrémités sont froides. On pratique d'urgence la trachéotomie ; l'opération, rapidement faite, ne présente pas de difficultés, et la respiration se rétablit par la canule.

Le 12. — Le malade, depuis l'opération, n'a pas repris connaissance. La respiration se fait librement par la canule, mais on perçoit du râle trachéal abondant, le pouls est très-petit. Le malade succombe vers le soir.

Autopsie. — A l'ouverture du larynx, on trouve une ulcération dont le fond est tapissé de bourgeons fongueux et grisâtres. Cette ulcération s'étend en bas jusqu'au niveau des cordes vocales supérieures; latéralement, elle a détruit les replis aryténo-épiglottiques. L'épiglotte est presque complétement détruite et transformée en une masse fongueuse.

L'ulcération s'arrête en haut, assez exactement, au niveau des replis glosso-épiglottiques. Au niveau du repli aryténo-épiglottique, on observe une tumeur de la grosseur d'une petite aveline, blanche et lisse à sa surface, creusée d'une petite excavation. Les ganglions cervicaux ne sont pas dégénérés.

Dès que l'abdomen est ouvert, il s'écoule une grande quantité de liquide séreux, jaunâtre, contenu dans le péritoine, et auquel se trouvent mêlées des espèces de flocons gélatineux, colorés également en jaune. Le grand épiploon est farci de petites masses cancéreuses, de consistance variable, dont quelques-unes sont ramollies comme du cancer colloïde, et d'autres, au contraire, sont dures.

Le foie est énorme; il occupe, ainsi que nous l'avons dit, les régions de l'hypochondre droit, de l'épigastre, dépasse notablement en bas les fausses côtes, occupe en partie la région lombaire droite et celle de l'ombilic ; sa surface est parsemée de petites élevures de volume variable

et de coloration blanchâtre qui tranche sur la coloration ardoisée de l'organe; il existe en outre, sur le lobe gauche, à une petite distance de son extrémité et près du bord inférieur du foie, une petite tumeur dure du volume d'une noix; c'est celle qui était sentie pendant la vie à 3 ou 4 centimètres au-dessous et en dehors du creux épigastrique. A la coupe on voit que tout le parenchyme est pour ainsi dire infiltré de petites masses cancéreuses blanchâtres, analogues à celles qui se voient à sa surface. A part la tumeur indiquée plus haut, il n'y a pas de gros noyaux cancéreux.

La vésicule biliaire rénitente, distendue, forme une tumeur qui descend jusqu'au niveau de la cicatrice ombilicale, derrière laquelle elle est située, et son bord inférieur la dépasse en bas; c'est elle qui constitue la tumeur sentie immédiatement sous la peau dans cette région. Le vésicule porte sur sa face externe une plaque épaisse colorée en jaune : quand on incise la poche, il s'écoule un liquide blanc-verdâtre qui ne ressemble pas à la bile ordinaire; il n'y avait point de calculs. A l'œil nu, la face interne de la poche n'offre rien de particulier à noter. Le poids du foie est de 4030 grammes.

Au microscope, les lésions qui ont été examinées par M. Dejérine, dans le laboratoire de M. Vulpian, ont offert les caractères du cancer du foie, les canaux biliaires n'étaient pas atteints dans la partie soumise à l'examen histologique, mais étaient dilatés. La face inférieure du diaphragme, en rapport avec le foie, offrait de petites élevures de nature cancéreuse très-probablement, et semblables à celles qui se trouvent dans l'épiploon et quelques autres parties du péritoine. La rate n'offre rien de particulier à signaler; son volume est à peu près normal.

L'estomac contient une matière noirâtre tout à fait analogue au marc de café : la muqueuse est un peu ramollie, mais sans érosion ni ulcération. En aucun point de sa surface, ni sur les autres parties de l'estomac, on ne trouve la moindre lésion pouvant se rapporter au cancer.

Reins : parenchyme coloré en jaune, paraissent sains à l'œil nu. Dans le petit bassin, à droite, sur la partie latérale de la prostate, on trouve une petite tumeur, aplatie allongée, de couleur grisâtre et sans continuité apparente avec cette glande, ni avec les véeicules séminales : une partie de cette tumeur a été portée au laboratoire du Collége de France afin d'en déterminer la nature.

Les poumons offrent, surtout celui du côté droit, un semis de petites granulations, grosses en moyenne comme des grains de chénevis et occupant seulement leur surface externe; en faisant des sections de ces petites tumeurs, on voit qu'elles ne penètrent pas le parenchyme pul-

monaire, elles sont limitées à la surface pleurale et ne ressemblent en rien aux granulations tuberculeuses. L'état du foie, ainsi que celui de la face inférieure du diaphragme, permet de penser que le cancer s'est généralisé du côté de la plèvre.

L'histologie des tumeurs malignes a été faite un grand nombre de fois, et, à ce point de vue, on peut les classer en trois catégories : les épithéliômes, les carcinômes médullaires, les sarcômes.

Les épithéliômes appartiennent à la variété dite épithéliôme lobulé. Selon Rokitansky, ils prendraient naissance dans le tissu sous-muqueux. En raclant ces tumeurs avec le tranchant d'un scalpel, on obtient des grumeaux opaques, non miscibles à l'eau, ce qui les distingue déjà du cancer, dont le suc se mélange à l'eau et lui donne une teinte lactescente. Les cellules obtenues par le raclage ont des formes variées, les unes ressemblent aux lamelles épithéliales de la bouche, les autres présentent un ou plusieurs prolongements. A la coupe, on trouve une grande quantité de cellules épithéliales et des globes épidermiques. La tumeur présente un stroma qui est constitué par du tissu conjonctif à divers degrés d'évolution, soit embryonnaire, soit adulte et fasciculé. L'observation suivante, présentée à la Société anatomique, en est un exemple.

Obs. V. — *Cancer du larynx*, par Eugène Monod, interne des hôpitaux. Observation communiquée à la Société anatomique dans la séance du 17 novembre 1876.

Le nommé Fichet (Joseph), cantonnier, âgé de soixante et un ans, d'une constitution robuste, a toujours joui d'une bonne santé. Il paraît avoir des habitudes alcooliques. De plus, il aurait eu la syphilis il y a quarante ans ; cependant les antécédents ne doivent être admis qu'avec réserve, car ils ne reposent que sur des maux de gorge fréquents, et sur la présence de quelques ganglions indolents dans les aines. Dès 1874,

la voix devint pour la première fois enrouée; le malade n'attacha au début aucune importance à ce symptôme; mais comme l'enrouement augmentait, il se présenta au commencement de 1875 à la consultation de médecine de l'hôpital Cochin; il ne se plaignait alors que de ce trouble du côté de la voix. On lui prescrivit des badigeonnages de teinture d'iode sur la région laryngienne, du bromure de potassium à l'intérieur, et l'usage des Eaux-Bonnes en gargarisme et en boisson. Ce traitement, qui fut suivi régulièrement, resta sans effet, et le malade entra pour la première fois dans le service de M. Bucquoy, le 9 octobre 1875.

La voix était à ce moment très-altérée; on constatait également des troubles respiratoires, surtout dans l'inspiration, qui était prolongée et légèrement sifflante. Des pulvérisations avec une solution de nitrate d'argent au centième, amenèrent quelque soulagement dans l'état du malade, qui réclama sa sortie dans le courant du mois de Novembre.

Mais les troubles respiratoires ne tardèrent pas à s'aggraver.

La dyspnée devint continuelle; l'ingestion des aliments produisit fréquemment des accès d'étouffement; en même temps l'aphonie devint complète. C'est dans cet état que le malade rentra dans le service de M. Bucquoy, le 18 janvier 1876.

La respiration est alors très-difficile, l'inspiration sonore, accompagnée d'un bruit de cornage qui se transforme parfois en sifflement aigu; l'expiration au contraire est facile. La voix est éteinte.

M. Krishaber examine le malade au laryngoscope, il constate une rougeur prononcée des cordes vocales supérieures; celles-ci sont très-gonflées et masquent presque complétement les cordes inférieures; cependant elles laissent entre elles une fente étroite qui permet d'apercevoir le bord libre, blanchâtre, de ces dernières. Outre les symptômes laryngées, le malade accuse une céphalalgie presque constante, qui est mise sur le compte de la diathèse syphilitique probable. Le diagnostic porté dans le service était celui de laryngite syphilitique.

Le 9 février, la dyspnée augmentant et l'anxiété du malade devenant extrême, celui-ci demanda de lui-même à être opéré. M. Desprès, qui fut appelé, tenta d'abord de faire la trachéotomie; mais, trouvant un corps thyroïde volumineux et des tissus épais, indurés au niveau des premiers anneaux de la trachée, il dut pratiquer la cricotomie. Un soulagement immédiat succéda à l'opération; les troubles respiratoires s'amendèrent notablement; par contre, un symptôme nouveau apparut quelques jours après, c'était une difficulté très-grande dans la déglutition des liquides, dont une partie est rejetée par la bouche et les narines par suite d'accès de toux, M. Krishaber revoit le malade un mois après

l'opération, et l'examen laryngoscopique donne les résultats suivants : Les cordes vocales supérieures, très-œdématiées, masquent presque complétement les cordes inférieures ; celles-ci paraissent réunies l'une à l'autre sur la ligne médiane, où on les distingue à peine sous forme d'un interstice blanchâtre qui laisse passer quelques mucosités.

L'état du malade était en apparence stationnaire, il passe dans le courant du mois de mai, en chirurgie, dans le service de M. Desprès. Il ne tarde pas à présenter de fréquents accès de dyspnée, causés par l'irruption dans la canule de mucosités sanguinolentes, et qui nécessitent le nettoyage presque journalier de cette dernière. Dès que la canule est retirée, le malade est pris d'un accès de suffocation, et si l'on tarde à la remettre en place, l'asphyxie est imminente. Ces manœuvres d'extraction et d'introduction de la canule provoquent quelquefois des hémorrhagies. Il faut ajouter que le malade a rejeté à plusieurs reprises, par l'orifice, des bourgeons mollasses, grisâtres, de la grosseur d'un petit pois. Les tissus qui environnent l'ouverture trachéale forment une masse dure et compacte; on sent quelques ganglions engorgés sur les parties latérales du cou. M. Desprès porte le diagnostic de cancer laryngé. Vers la fin de septembre, la dysphagie fait des progrès : le malade ne peut plus avaler de solides; les liquides ne passent que très-difficilement, lorsque le malade renverse fortement la tête en arrière. La dysphagie resta le symptôme dominant pendant tout le mois d'octobre ; il se produisit aussi deux ou trois violents accès de dyspnée qui disparurent après le nettoyage de la canule. Dans cet état, le malade maigrissait et perdait insensiblement ses forces, mais sans présenter la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse. Il mourut le 14 novembre sans qu'il survint d'accès de suffocation; on peut dire qu'il a succombé à l'inanition bien plus qu'à la dyspnée.

Autopsie. — En fendant, sur la ligne médiane, la paroi postérieure du pharynx et en rabattant de chaque côté les deux lambeaux ainsi formés, on découvre les vestiges de la cavité laryngienne. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'absence complète d'ouverture inférieure ; elle se termine en cul-de-sac au niveau des cordes vocales inférieures, qui sont elles-mêmes absolument méconnaissables. Il existe là une sorte de diaphragme horizontal obstruant l'orifice inférieurement et empêchant toute communication avec la trachée. Les parties constituantes de cette cavité manquent ou ont subi des modifications qui les rendent méconnaissables. Il n'existe pas trace de cordes vocales supérieures, ni de replis ary-épiglottiques. Quant aux cordes vocales inférieures, elles ont disparu également, elles sont probablement englobées dans la masse

obturatrice que nous avons signalée. Il est donc impossible de retrouver le vestibule et les ventricules, toute la cavité sus-glottique étant transformée en un cul-de-sac informe.

La surface interne de cette cavité, à l'exception de l'épiglotte, qui est saine, bien qu'un peu épaissie, est envahie par une ulcération superficielle qui occupe toute sa paroi antérieure. L'ulcération est recouverte d'une masse molle, pulpeuse, grisâtre, peu adhérente. Cette pulpe repose sur des cartilages usés et très-amincis. En fendant longitudinalement l'œsophage, on trouve qu'il est sain; la paroi postérieure du larynx l'est également. Au point où l'œsophage se continue avec la cavité pharyngienne, il existe une sorte de valvule horizontale adhérente en avant, libre en arrière, qui proémine dans le conduit, et qui obture, à la manière d'une soupape flottante, l'orifice de communication des deux cavités. Cette luette n'est pas autre chose que la face postérieure du larynx renversée en arrière et qui renferme dans son épaisseur les vestiges des cartilages aryténoïdes, complétement atrophiés. Cette disposition explique, tout naturellement, les symptômes de dysphagie si marqués qu'on avait obsèrvés pendant la vie du malade.

Sur la face antérieure, on trouve une ulcération circulaire large comme une pièce de 50 centimes, répondant à l'incision cricoïdienne. Cette ouverture permet de voir la face inférieure de la cloison que nous avons signalée, et qui établit une séparation complète entre la cavité du larynx et celle de la trachée. Les bords de l'orifice et la cloison sont revêtus de ce détritus pulpeux, grisâtre, dont nous avons signalé la présence sur l'ulcération laryngienne. Sur la paroi postérieure de la trachée se voit un point rouge, correspondant à la courbure de la canule, et produit évidemment par son contact prolongé. La trachée est saine dans le reste de son étendue. Tous les tissus qui sont en rapport en avant avec le larynx (muscles sous-hyoïdiens, tissu cellulaire, corps thyroïde) sont englobés dans une tumeur dure qui relie tous ces organes ensemble et rend leur séparation très-difficile. Les muscles sous-hyoïdiens, en particulier, sont soulevés et dissociés par le tissu morbide groupé en petites masses disséminées, le lobe droit du corps thyroïde est gros comme une noix; le lobe gauche est moins volumineux. On ne distingue pas les ganglions qui sont englobés dans le tissu morbide.

Sur une coupe antéro-postérieure on trouve une masse blanchâtre, résistante, située entre la face postérieure de la trachée et l'œsophage. Cette tumeur, mesurant cinq centimètres dans son diamètre vertical, fait saillie dans la cavité œsophagienne, au niveau de la soupape formée par le vestige des aryténoïdes. L'œsophage est simplement accolé à

cette tumeur; on peut aisément l'en séparer. Elle adhère plus intimement à la face postérieure de la trachée ; cependant la muqueuse de ce dernier conduit est bien distincte et ne présente aucune altération, comme nous l'avons signalé. Il est probable que cette masse refoulait l'extrémité inférieure de la canule contre la paroi antérieure de la trachée, ce qui explique la persistance de la dyspnée, malgré la présence de la canule pendant les derniers temps de la maladie. L'aspect que la tumeur présente à la coupe est semblable à celui qu'offrent les masses indurées que nous avons déjà décrites.

L'examen des autres organes ne nous a présenté rien de spécial à noter. Les poumons sont emphysémateux.

Examen microscopique, fait par M. Charles Monod. — Il a porté sur le larynx et sur les parties voisines. La masse ulcérée, qui oblitérait le larynx et avait en se développant détruit les cordes vocales, ainsi que toutes les parties constituantes de la cavité laryngienne, présente au microscope tous les caractères de l'épithélioma pavimenteux lobulé, on aperçoit, en effet, au milieu d'un stroma formé par du tissu conjonctif en voie de prolifération, de nombreux nodules irréguliers, de forme et de volume variables, constitués par des amas de cellules épithéliales; celles-ci sont les unes pourvues d'un noyau distinct et finement dentelées sur les bords, en tout semblables à celles des corps muqueux de Malpighi; les autres plates, cornées, se groupant par plans en globes épidermiques.

En aucun point on ne trouve trace de la muqueuse ou des glandes laryngiennes; quelques ilots de tissu cartilagineux, provenant évidemment des cartilages du larynx, rappellent seuls la région où la tumeur s'est développée.

L'examen des tissus ou organes qui avoisinent le larynx montre que les muscles de la région sous-hyoïdienne, dans leur portion laryngienne, que le tissu conjonctif qui sépare le larynx du pharynx, que le corps thyroïde lui-même, ont subi la même dégénérescence.

Des coupes minces pratiquées en ces divers points présentent toutes une apparence analogue; ce sont toujours des amas de cellules épithéliales, dont les plus centrales se colorent fortement en jaune par le picro-carminate d'ammoniaque et offrent l'aspect des cellules épidermiques cornées.

Dans la masse compacte qui englobait le larynx, on n'avait pu, par la dissection, isoler les ganglions lymphatiques de la région. Un seul ganglion, très-petit, tout à fait indépendant de la tumeur principale, nous a été remis. A l'œil nu il ne paraissait pas altéré; il fut de même à l'examen microscopique trouvé parfaitement intact.

En somme, il s'agit évidemment dans ce cas, d'un épithélioma pavimenteux lobulé du larynx, ayant probablement pris origine au niveau des cordes vocales, et s'étant propagé par voie de continuité dans les parties voisines, muscles, tissu conjonctif, corps thyroïde.

Nous appelons spécialement l'attention sur la propagation qui s'est faite du côté du corps thyroïde ; elle a été rarement observée ou du moins rarement décrite avec soin. Au moment de la rédaction de cette note, l'examen de la pièce n'a pu être poussé assez loin pour établir, avec une parfaite certitude, le mode suivant lequel la glande est envahie. Il nous paraît cependant, dès à présent, établi que le développement épithélial se fait dans le tissu conjonctif interposé aux vésicules. On peut, il est vrai, constater par places, dans l'intérieur de celles-ci, une multiplication manifeste des éléments épithéliaux qui tapissent leurs parois, et la disparition de la matière colloïde qu'elles contiennent ; mais il semble bien qu'il ne s'agit là que d'un phénomène d'irritation de voisinage. En d'autres points, en effet, les vésicules glandulaires sont diminuées de volume et disparaissent peu à peu, comme étouffées par la production cellulaire qui envahit le tissu conjonctif voisin.

Une publication récente de M. Cornil donne à ces remarques un intérêt particulier. Il résulte, en effet, des recherches de cet auteur que, lorsque l'épithélioma du corps thyroïde est primitif, ce n'est pas dans le tissu conjonctif interfolliculaire, mais dans les cavités closes de l'organe, aux dépens des cellules épithéliales qui les tapissent, que se forme le tissu pathologique.

L'envahissement des cartilages a été étudié par le docteur A. Hénocque [1]. Il se fait directement ou par transformation successive.

Dans le premier cas, il y a changement brusque du tissu cartilagineux en tissu épithélial. Le tissu cartilagineux est comme découpé nettement et remplacé par du tissu épithélial. D'autre part, on voit des chondroplastes qui ne paraissent nullement altérés, presque contigus à ces éléments épithéliaux. En quelques points seulement il existe entre le cartilage et la partie épithéliale une zône étroite qui mon-

1. *Traité des maladies du larynx*, de Fauvel, p. 798.

tre le mode d'envahissement ou de transformation. Dans cette zone, la substance hyaline est remplacée par une masse granuleuse dans laquelle on trouve, du côté de l'épithe-liôme, des noyaux entourés de protoplasma et même des cellules épithéliales arrondies.

Dans l'envahissement par transformation successive, on suit facilement la série des phénomènes. Au voisinage du périchondre on voit une multiplication des cellules contenues dans les chondroplastres, la substance fondamentale devient striée, fibrillaire; à un degré plus avancé, elle ne se distingue plus du tissu fibreux du périchondre; en même temps, on trouve des cellules épithéliales infiltrées dans ce tissu transformé.

Les carcinômes se montrent dans le larynx sous forme de tumeurs ulcérées, plus ou moins ramollies au centre. Ils contiennent un suc lactescent, miscible à l'eau et montrant au microscope des cellules rondes ou polygonales. Les cellules rondes sont plus ou moins volumineuses, selon qu'elles possèdent un ou plusieurs noyaux. Elles peuvent être effilées à une extrémité, telles sont les cellules en raqnette. Elles peuvent être allongées en fuseau à leurs deux extrémités. La caractéristique de ces tumeurs est, comme on le sait, un tissu fibreux constitué par des travées unies les unes aux autres et formant un tout continu.

Les sarcômes sont constitués par des tumeurs ordinairement arrondies, assez résistantes et présentant à la coupe du tissu conjonctif embryonnaire. Chez le malade à qui le docteur Bottini, de Turin, fit l'extirpation du larynx, il s'agissait d'un véritable sarcôme avec prédominance en quelques points des éléments cellulaires arrondis; dans d'autres, et surtout vers les parois du larynx, dominaient les éléments fusiformes.

Isambert, se basant sur quatre faits qu'il a suivis durant la vie, croit à l'existence d'un squirrhe intra-laryngien. « La dénomination de squirrhe que nous donnons à cer-« taines tumeurs du larynx, dit-il, résulte, non pas d'au-« topsies que nous n'avons pu faire jusqu'à présent, mais de « l'impression que nous avons reçue de l'aspect anfrac-« tueux, coupé à pic, de l'ulcération ainsi que du volume « restreint, ratatiné, et de la consistance de la tumenr. »

Cancer consécutif ou propagé.

Deux organes peuvent donner naissance à des tumeurs qui envahissent ensuite le larynx, ce sont : le corps thyroïde, mais surtout le pharynx.

Les cancers du corps thyroïde et en particulier l'épithéliôme et le carcinôme encéphaloïde ont une grande tendance, par leur nature même, à envahir soit la trachée, soit le larynx. En raison des rapports normaux du corps thyroïde, c'est la trachée qui doit être surtout atteinte et elle l'est en réalité. Les cerceaux cartilagineux sont envahis par le néoplasme, qui fait d'abord saillie sous la muqueuse et peut ensuite ulcérer cette muqueuse même et végéter dans la cavité trachéale. On se rend bien compte de ce mécanisme en lisant une observation présentée par Doléris à la Société anatomique (1). Il existait une sorte de demi-couronne autour de la trachée, d'où partait un champignon qui, après avoir perforé la paroi du conduit aérien, faisait saillie sous la muqueuse trachéale.

Mais le corps thyroïde, quand il devient cancéreux, augmente de volume et ses rapports changent. Il peut être situé

1. *Soc. anat.*, mars 1876; *in Progrès méd.*, n° 29.

devant le cartilage cricoïde et même ses lobes degénérés peuvent être en contact avec le cartilage thyroïde De là l'explication de la propagation au larynx du cancer du corps thyroïde. Les cartilages sont envahis par le néoplasme de dehors en dedans, de même qu'ils l'ont été précédemment de dedans en dehors; du corps thyroïde le cancer se propage au larynx, comme du larynx il s'est propagé au corps thyroïde. A l'autopsie on trouve une masse volumineuse où l'on reconnaît les éléments épithéliaux ou les alvéoles caractéristiques du carcinôme. C'est ce qui s'est passé chez un des malades que nous avons observés dans le service du docteur Péan, et dont l'interne du service, M. Ballet, a présenté dernièrement le larynx à la Société anatomique avec la note ci-jointe.

Obs. VI. — *Tumeur cancéreuse du corps thyroïde. — Propagation au larynx*; par Gilbert Ballet, interne des hôpitaux.

Marie Egaz, âgé de cinquante-neuf ans, couturière, entrée le 8 février 1878 l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Dr Péan.

La mère de la malade est morte d'un catarrhe bronchique. — Son père a succombé à un cancer de l'estomac qui aurait « duré pendant dix ans ».

Bonne santé habituelle. Fréquents maux de tête. — Depuis dix ans eczéma généralisé, qui disparaît par intervalles et récidive. Réglée à quinze ans. A eu trois enfants à terme. Les règles ont disparu il y a quatre ans. Il y a trois mois la malade s'est frappé la tête contre un clou. C'est à cette époque que, pour la première fois, elle a vu apparaître au cou « deux petites glandes ». — Ces deux petites tumeurs sont restées stationnaires pendant un mois et demi. Il y a cinq semaines, leur volume s'étant rapidement accru, la malade est allé consulter un médecin. A cette époque : vives douleurs de tête, pas d'étouffements. Depuis ce moment la tumeur aurait peu augmenté, mais la malade a commencé à éprouver des crises de suffocation, la voix est devenue enrouée et la dysphagie est apparue.

Etat actuel (8 février). La malade est pâle, amaigrie. Elle a perdu ses forces.

Il existe uue dysphagie très-prononcée. Impossibilité d'avaler les aliments solides. Nous faisons mâcher une boulette de mie de pain, grosse comme une petite noisette. La patiente essaye de l'avaler; elle est pris d'un accès de toux, et la rend. — Cette dysphagie serait survenue depuis cinq semaines. La malade prétend qu'avant cette époque elle mangeait bien. — Le bouillon et la tisane passent, quoiqu'avec quelque difficulté. Le tapioca n'est dégluti que très-difficilement.

La malade éprouve des douleurs spontanées de chaque côté du cou, surtout à gauche. De ce côté les douleurs s'irradient à la tête et surtout derrière l'oreille. En ce point elles sont franchement lancinantes. Elles se propagent aussi à la région acromio-claviculaire et à la nuque. Dans cette région elles ont le caractère « de pincement ». Ces douleurs ne sont pas continuelles et se manifestent surtout le soir La pression ne provoque pas de souffrances sur la région antérieure du cou. A droite, la douleur provoquée existe, mais peu vive. A gauche, au contraire, elle est très-prononcée. La voix est enrouée, comme à demi-voilée. Cet enrouement est continu, mais diminue à certains moments pour augmenter à certains autres. L'inspiration est bruyante, l'expiration un peu forte, mais moins retentissante que l'inspiration. — Parfois, il se manifeste un cornage très-marqué.

La malade se plaint d'une dyspnée très-vive. De temps en temps, elle est prise de crises de suffocation. La salivation est abondante. — Pas de crachements de sang. La patiente accuse une sensation de froid du côté gauche de la face.

A l'inspection du cou, on découvre une tumeur occupant la région sous-laryngée. Cette tumeur est très-volumineuse à gauche, beaucoup moins à droite et en avant. Elle est dure, un peu élastique, à surface irrégulière, indépendante de la peau.

Le larynx, tout en ayant gardé une certaine mobilité, présente cependant des mouvements ascensionnels moins marqués qu'à l'état normal. — La saillie du cartilage thyroïde est en partie dissimulée par la présence de la tumeur. — La trachée paraît déviée à droite. La dyspnée étant extrême, les crises de suffocation se rapprochant, nous croyons urgent de pratiquer la trachéotomie avec l'aide de notre collègue, M. Audouard. Après avoir procédé à l'incision cutanée sur la ligne médiane, nous tombons sur une masse lardacée, qui se laisse couper avec facilité et donne peu de sang. La trachée, rejetée vers la droite, n'est trouvée qu'avec difficulté, après de longs tâtonnements. Après l'introduction de la canule, la malade respire aisément; elle passe bien la journée. — Le lendemain 9, elle paraît bien; le 10, elle s'affaisse et elle succombe dans la soirée du 11 février.

Autopsie : Il ne nous a pas été possible de pratiquer l'autopsie complétement, nous avons dû nous borner à enlever le larynx et les parties avoisinantes.

En avant de la trachée existe une tumeur irrégulière, présentant deux lobes, dont le gauche est beaucoup plus volumineux que le droit. Sur la partie médiane nous retrouvons les traces de l'incision que nous avons été obligés de faire dans le tissu même de la tumeur, pour arriver à la trachée. Cette tumeur est développée aux dépens du corps thyroïde. Le lobe gauche a le volume d'une petite orange; le droit, celui d'une noix Les parties sont tellement déformées, que ce n'est qu'après une dissection minutieuse et par voie d'élimination que nous arrivons à conclure que nous sommes en présence d'une tumeur de la glande thyroïdienne. — Le tissu en est lardacé, anfractueux. Dans une de ces anfractuosités, à gauche, nous trouvons une concrétion calcaire, ovoïde, du volume d'une grosse amande.

Les ganglions du cou, de chaque côté de la trachée et du larynx, sont dégénérés et font corps avec la tumeur. La carotide primitive gauche logée au milieu de la masse indurée, lui est adhérente dans sa partie supérieure,

A ce niveau les parois de l'artère paraissent, à l'œil nu, atteintes de dégénération. Elles sont plus friables qu'à l'état normal. — Le calibre de vaisseau est un peu inférieur à celui de l'artère du côté opposé.

Cet état anormal de la carotide pourrait peut être expliquer la sensation de froid que la malade accusait du côté gauche de la face.

Le pneumo-gastrique gauche est, lui aussi, compris dans la masse de la tumeur. Il ne lui est pas adhérent, mais paraît un peu comprimé, — L'œsophage est aplati, on n'y fait passer qu'avec difficulté le manche d'un porte-plume. Ses parois sont d'ailleurs saines.

Le larynx fait corps avec la masse cancéreuse. En l'examinant nous constatons dans ses parties supérieures des lésions secondaires, que M. le Dr Ch. Fauvel avait reconnu du vivant de la malade, par l'examen laryngoscopique et qui sont exactement mentionnées dans le compte rendu que ce dernier a bien voulu nous remettre. Les replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales supérieures, surtout la droite, sont œdématiés. Dans la partie sous-glottique, on découvre deux plaques blanchâtres, comme lardacées, de la largeur d'une pièce d'un franc, intéressant la muqueuse et les tissus sous-muqueux. Entre ces plaques blanchâtres, et à leur périphérie, la muqueuse est violacée, mais présente une consistance normale.

L'examen microscopique de la tumeur, que nous n'avons pas eu le

temps de pratiquer, sera fait ultérieurement. — Nous sommes d'ores et déjà autorisés à conclure, d'après l'examen macroscopique des lésions, que nous avons eu affaire à un cancer ayant envahi le corps thyroïde et le larynx inférieur.

La tumeur paraît avoir eu la glande pour point de départ. Les lésions cancéreuses qu'on observe dans le larynx, vu leur peu d'étendue, ne sont bien évidemment que consécutives.

Si la tumeur a débuté par le pharynx, elle peut se propager au larynx de deux manières; ou bien, située d'abord dans des parties limitrophes des deux conduits, elle envahit par propagation la muqueuse et le tissu sous-muqueux voisins, ou bien développée plus bas, elle peut se propager au larynx en gagnant, non en surface, mais en profondeur, en prenant une marche pour ainsi dire perforante. Un des points les plus communément affectés est l'espace inter-aryténoïdien. On en trouve plusieurs observations dans le livre du docteur Fauvel.

ÉTIOLOGIE.

Les circonstances banales de refroidissement ou de l'action des corps irritants, directs n'ont aucune importance en dehors de la prédisposition, ou mieux, de la diathèse cancéreuse.

Influence de l'hérédité. — Le cancer du larynx est rarement le résultat d'une diathèse cancéreuse héréditaire. Quoique M. le docteur Fauvel ait interrogé ses malades avec la plus grande rigueur au point de vue de l'hérédité, il n'en a rencontré que deux dont l'un des ascendants fût mort d'affection carcinomateuse.

Influence de l'âge. — Le cancer du larynx se montre

ordinairement dans un âge assez avancé, à partir de quarante ans, et surtout de quarante à soixante ans.

Parmi les douze cas cités par Türck [1], il en est un qui a trait à un jeune homme de vingt-cinq ans : nous n'avons pas trouvé d'observations authentiques chez des individus plus jeunes. Les faits cités par Blanc, dans sa thèse, nous sont suspects, et les tumeurs qu'il a notées chez des individus de moins de vingt ans, tumeurs sans ulcérations, sans engorgements ganglionaires nous paraissent devoir être rangées ailleurs que parmi les cancers. Telle, est par exemple, celle de Dufour, présentée à la Société anatomique sous ce titre : cancer épithélial [2].

Influence du sexe. — Les hommes sont bien plus sujets que les femmes au cancer du larynx. Le docteur Fauvel, parmi les trente-sept cas, n'a trouvé que trois femmes. La moyenne n'est pas aussi faible, et dans quarante-deux autre cas, dont nous avons dépouillé les observations, nous avons trouvé douze femmes. Cette différence entre les deux sexes tient probablement aux irritations plus nombreuses auxquelles est soumis le larynx de l'homme, par suite des efforts vocaux, de l'abus du tabac, de l'exposition aux vapeurs irritantes.

Transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes. — C'est là un point bien litigieux et qui a été l'objet de bien des controverses. Voici ce qui se passe quelquefois à propos des tumeurs du larynx.

Une tumeur plus ou moins pédiculée est enlevée et examinée par un micrographe qui reconnaît, sans aucune incer-

1. Türk. *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftrohre*, Wien, 1866.

2. *Cancer épithélial du larynx* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 53.

titude, un papillome, je suppose. Le chirurgien rassure son malade sur les suites de l'opération ; mais quel n'est pas son étonnement de constater, au bout de quelques temps, une récidive de la tumeur, un envahissement des cartilages, l'ulcération du néoplasme, l'infection ganglionaire! Que s'est-il passé? L'examen miscrocopique a-t-il été mal fait, ou bien la tumeur a-t-elle changé de nature? La dernière hypothèse nous parait fort acceptable, et voici comment Förster explique la transformation d'un papillôme en epithéliôme. Le néoplasme reste d'abord superficiel, ne dépassant pas le chorion de la muqueuse; mais si, par des manœuvres opératoires, on irrite cette muqueuse, la transformation épithéliale, à la faveur de l'inflammation, gagne les parties profondes. Leunox Browne [1] en tire cette conclusion : que l'extirpation d'un polype du larynx peut-être dangereuse au point de vue des résultats ultérieurs, et la clinique lui donne raison.

Il en est pour le larynx comme pour les autres régions, la mamelle par exemple. On y observe des tumeurs qui, pendant longtemps, n'ont qu'une marche lente et paraissent absolument bénignes. L'ablation en est faite, ablation parcimonieuse, précisément à cause des caractères de la tumeur ; bientôt se montre une récidive locale et le néoplasme s'étend, infecte les ganglions et se généralise dans les viscères. D'autres fois, c'est au moment de la ménopause que la transformation s'accomplit, et nous avons entendu plusieurs fois le professeur Verneuil appeler l'attention sur ce point.

Influence des traumatismes. — Nous n'en avons trouvé

1. Lennox Browne. *The Throat and its diseases*, London, 1878.

qu'une observation bien concluante : elle se trouve rapportée dans la thèse de Blanc, et a été recueillie dans le service de Demarquay. Il s'agit d'un brasseur, qui d'abord entre à la maison de santé pour une fracture du larynx. Il en sort guéri. Mais quelques mois après, il revient à l'hôpital avec des phénomènes asphyxiques et la trachéotomie doit lui être faite dans la journée. Le docteur Fauve constate, à l'examen laryngoscopique, la présence d'un cancer du larynx. Le malade meurt quelques mois après, et l'autopsie comprime le diagnostic.

Le traumatisme laryngien semble avoir été l'occasion du développement du cancer chez un individu qui y était prédisposé par sa constitution [1] ; c'est là un fait de pathologie générale que M. le profeseur Verneuil a fait ressortir. Pour prendre la même comparaison que tout à l'heure, il en est du larynx comme de la mamelle. A chaque instant nous voyons des femmes qui font remonter le début de leur tumeur à une chute, à un coup sur la région malade. Pourquoi les mêmes causes ne régiraient-elles pas le cancer du larynx.

Influence des diathèses. — Il n'est plus permis de douter maintenant de l'influence des diathéses sur le développement du cancer et de l'épithéliôme. Ces néoplasmes choisissent les arthritiques et les dartreux. Le cancer est-il plus fréquent chez les premiers, 'épitéliôhme chez les seconds voilà ce que l'on ne peut encore affirmer, mais qui ressortira peut-être de l'étude approfondie de ces deux diathèses et de leurs rapports avec les affections chirurgicales. Ne soyons cependant pas excessif dans nos affirmations, gar-

1. *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques*, par Paul Berger. — Thèse d'agrégation, 1875.

dons-nous surtout de soutenir un antagonisme entre le ubercule, par exemple, et le cancer. Trop de témoignages anatomiques sont là pour nous donner un démenti. Dans une des observations de Türck, un cancéreux avait des tubercules au sommet des poumons.

Dans une autre sphère anatomique, ne voyons-nous pas des tubercules pulmonaires coïncider fréquemment avec un cancer du rectum ou de l'œsophage? A l'hôpital Saint-Louis, nous voyions encore dernièrement un épithéliôme développé sur un lupus cicatrisé.

Pour en revenir aux tumeurs du larynx, souvent si on consulte les antécédents des malades, on apprend qu'ils ont eu des poussées de psoriasis, d'eczéma ou des manifestations goutteuses ou rhumatismales. Il est malheureux que la plupart des observations ne contiennent pas des détails relatifs aux antécédents des malades. Cette lacune nous empêche d'établir une statistique qui eut été très-intéressante. Nous nous contenterons de rapporter deux observations récentes qui, à ce point de vue, sont tout à fait confirmatives.

Obs. VII. — *Cancer de l'Œsophage et du Larynx*, par M. le docteur Bailly, de Chambly (Oise).

Le 16 mai 1875, je suis appelé en toute hâte, pour une hémorrhagie grave, aupres de M. L..., propriétaire à Chambly, dont je ne suis pas le médecin habituel. Cependant, il y a trois ans, j'ai eu l'occasion déjà de lui donner mes soins à propos de deux accès de goutte des mieux caractérisés. A cette epoque, il me raconta qu'etant liquoriste à Paris, il avait eu plu ieurs pneumonies et plusieurs attaques de rhumatisme non généralisé qui, d'ailleurs, ont laissé le cœur intact. Mon opinion est qu'il était déjà goutteux dans ce temps-là.

Aujourd hui, c'est un homme de cinquante-cinq ans. Depuis six mois il a perdu notablement de son embonpoint; il a éprouvé une difficulté de déglutition qui est allée en augmentant de jour en jour. Souvent,

pendant le repas, il s'est vu obligé de se lever brusquement, et de faire des efforts considérables pour avaler, efforts pendant lesquels il pensait étouffer. En même temps s'est développée à gauche du larynx, au niveau du cartilage thyroïde, une petite tumeur qui a grossi progressivement et a atteint les dimensions d'une noix.

Son médecin, sans porter de diagnostic, a prescrit des applications de teinture d'iode sur la région antérieure du cou, et les Eaux Bonnes; en présence d'une première hémorrhagie légère, qui s'est produite il y a quelques jours, il a déclaré qu'il y avait une rupture de vaisseau dans le larynx (?).

Quoi qu'il en soit, j'examine le malade : la face est amaigrie ; de rouge qu'elle était, elle est devenue pâle, d'un jaune terreux ; les traits sont tirés ; l'émaciation générale est très-marquée, elle me paraît tenir à la fois à l'affection elle-même du malade et à l'insuffisance de l'alimentation depuis plusieurs mois.

Il rend par la bouche, sans toux et seulement par quelques efforts d'expulsion, un sang rouge vermeil, fluide, à peine aéré ; la quantité s'en élève environ à trois quarts de litre. Je prie le malade d'avaler quelques gouttes d'eau fraîche ; il le fait avec difficulté et, au moment de la déglutition, j'entends un gargouillement prononcé. Je songe à pratiquer le cathétérisme œsophagien, mais il est à peu près impossible, même avec les sondes du plus petit calibre ; cette difficulté du cathétérisme se rattache, d'une part, au rétrécissement de l'œsophage, et de l'autre, à la dyspnée éprouvée par le malade pendant l'opération.

Au toucher, la portion droite du larynx ne présente rien de particulier ; la portion gauche, au contraire, est le siége d'une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix, immobile et paraissant fixée au cartilage thyroïde ; elle est dure, indolore, sans adhérence à la peau restée absolument saine ; quand on la saisit pour la rendre mobile, elle semble faire corps d'un côté avec le larynx, et de l'autre, avec une seconde tumeur plus profonde et qui paraît appartenir à la partie antérieure de l'œsophage ; toute cette masse est soulevée d'un bloc pendant l'acte de la déglutition.

La voix a conservé son timbre habituel ; elle est seulement un peu affaiblie.

En présence de ces symptômes, j'affirme que nous avons affaire à un rétrécissement de l'œsophage, causé par une tumeur ulcérée et qui est actuellement extra-laryngienne ; eu égard à l'amaigrissement et à l'état cachectique du malade, je crains que cette tumeur ne soit de mauvaise nature et je porte un pronostic grave.

Je prescris au point de vue de l'hémorrhagie des applications d'eau froide autour du cou, des sinapi mes aux cuisses et aux jambes, et une potion au perchlorure de fer.

J'aurais certainement insisté sur la gravité de mon pronostic, si j'avais su alors, comme je l'ai appris depuis, que le père de M. L. . était mort d'un cancer du pylore et qu'une de ses sœurs souffre en ce moment d'un cancer utérin. Mais déjà la famille, qui avait exigé de moi mon appréciation absolue, laquelle n'était point favorable au malade, indécise, troublée par la divergence des diagnostics portés par mon confrère et par moi, avait résolu d'avoir recours aux lumières des médecins de Paris.

Je perdis donc le malade de vue; néanmoins, j'ai pu compléter son histoire, grâce à l'obligeance d'un jeune externe des hôpitaux, neveu du patient, qui conduisit son oncle chez un spécialiste des maladies du larynx, désirant lui-même recueillir *de visu et de auditu* les éléments d'une observation intéressante. L'événement lui a montré que ce praticien dont nous tairons le nom avait fait à Paris une triple erreur de diagnostic, de pronostic et de traitement.

De diagnostic, il n'y en eut pas de nettement posé, mais l'idée du cancer a été formellement repoussée; la lésion œsophagienne a été absolument méconnue ou volontairement négligée. Les examens multipliés au laryngoscope ont donné le résultat suivant :

« La partie droite du larynx est saine : l'aryténoïde gauche est peu mobile, volumineux, recouvert d'une muqueuse rouge, épaissie, boursouflée, tuméfiée. Cette tuméfaction s'étend à la corde vocale supérieure gauche et pénètre dans le ventricule correspondant ; elle offre, par places, une coloration violacée comparable à celle de la prune recouverte de sa fleur. Toutes ces parties ont un aspect tomenteux, friable. Les mêmes caractères se retrouvent sur la face postérieure de l'arytenoïde gauche, dont le sommet est presque immobile. Les replis aryténo-épiglottiques tranchent sur le reste de la muqueuse par leur coloration d'un blanc mat. »

Le résultat de cet examen était-il de nature à justifier les cautérisations laryngiennes au sel de Boutigny, l'emploi de l'iodure de potassium, et surtout les applications répétées de sangsues à l'anus, qui ont été pratiquées. Après trois mois de ce traitement le malade, considérablement affaibli, revient de Paris avec une teinte cachectique cancéreuse plus marquée, et une perte de poids de 58 livres, mais aussi avec l'espoir assuré de la guérison promise.

Pendant son absence, le bruit avait en effet couru que le spécialiste de Paris l'avait complétement guéri. En réalité, il avalait mieux, mangeait

d'avantage, avec appétit; il faisait partager ses illusions aux personnes qui allaient le voir. Mais à son retour a Chambly, appelé de nouveau près de lui, je pus constater que cette amélioration locale passagère avait une tout autre signification : la tumeur œsophagienne, successivement ramollie, ulcérée et en partie détruite, avait, par sa disparition partielle, augmenté le calibre physiologique de l'œsophage; mais en même temps que le malade absorbait plus facilement des aliments, il avalait aussi son pus, son sang, et des débris cancéreux, et marchait ainsi à plus grands pas vers le terme fatal. L'amaigrissement avait atteint ses dernières limites ; il y avait de l'œdème des malléoles; l'infiltration cancéreuse des ganglions cervicaux s'était généralisée rapidement et, chose bizarre à noter, surtout du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la tumeur.

La voix s'était singulièrement altérée ; la parole, quoique encore distinctement perceptible, était très-embarrassée, il y avait du chevrotement, un peu de la voix de polichinelle, mais on ne saurait mieux la comparer qu'à la voix dite de *rogomme* des buveurs de profession.

Enfin le malade mourut le 5 septembre. Je notai pendant les dernières heures de l'agonie un phénomène anormal consistant dans l'exophthalmie de l'œil gauche, qui sortit presque à moitié de l'orbite. Vingt-quatre heures après le décès, et avec le consentement de la famille, j'ai enlevé la pièce pathologique dont voici la description :

Autopsie : le larynx, l'épiglotte et l'œsophage sont sains dans la moitié droite ; dans le larynx, les cordes vocales et le ventricule ont été respectés.

La tumeur, d'après les commémoratifs et les explorations faites il y a six mois, a évidemment débuté à la partie supérieure et antérieure de l'œsophage, pour de là s'étendre tardivement à la portion gauche supérieure du larynx.

A la face latérale gauche externe et supérieure du cartilage thyroïde se trouve une tumeur de la grosseur d'une noix, qui ne fait pas corps avec la tumeur principale, laquelle en est séparée par du tissu cellulaire induré ou condensé, et paraît être un ganglion dégénéré. A la coupe, le tissu dur et lardacé crie sous le scalpel ; le raclage à la surface de cette coupe permet de recueillir une matière semi-liquide et trouble qui a l'aspect du suc cancéreux.

L'œsophage est le siége d'une ulcération profonde, déchiquetée, taillée pour ainsi dire dans la tumeur qui s'est détruite en partie ; ces débris de la tumeur, qui présentent les caractères du ganglion précédemment décrit, occupent la paroi antérieure et la face latérale gauche de l'œso-

phage dans une hauteur de 9 centimètres. Cette tumeur proéminente en dehors de l'œsophage est en rapport direct avec la carotide restée saine ; de la partie antérieure et supérieure de l'œsophage elle gagne le cartilage aryténoïde, qu'elle transforme en une masse irrégulière et indurée, et s'étend jusqu'à la base de l'épiglotte, en englobant la corde vocale supérieure, qu'elle refoule en avant dans l'intérieur du larynx ; le ventricule gauche disparaît complétement ; le repli aryténo-épiglottique gauche est resté intact, ainsi que la corde vocale inférieure du même côté. L'examen histologique de la tumeur n'a pu être fait.

Obs. IX. — *Cancer intrinsèque du larynx* par MM. Lafont (de Bayonne) et Isambert. — (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*). — Observation résumée.

M. G., âgé de quarante-huit ans, exerçant la profession d'avoué, et marié, est fils d'une mère morte il y a environ vingt ans d'un carcinôme utérin. Son père vient de mourir, à l'âge de soixante-quinze ans, d'un ramollissement cérébral. M G. avait, paraît-il, été traité autrefois pour une syphilis prise à l'âge de vingt ans ; mais d'après des renseignements donnés par le malade, il paraît certain qu'il ne s'est pas agi d'une affection constitutionnelle, mais plutôt de chancres non infectants. Depuis l'âge de trente-deux ans, le malade a été atteint d'un psoriasis considérable siégeant surtout aux coudes et aux genoux, lequel a présenté des alternatives d'exacerbation et d'amélioration, mais dont il a presque toujours porté les traces. Cette maladie a nécessité divers traitements : sulfureux, arsénicaux, iodurés, et plusieurs cures thermales à Luchon et à Cauterets, mais sans grands résultats. Avant l'éclosion de ce psoriasis, M. G. avait été sujet à des gastralgies intenses qui s'amendèrent par la suite. L'élément dartreux ou arthritique paraît être ici seul en cause et n'avoir aucun rapport avec des accidents spécifiques attribuables à la prétendue syphilis qui aurait existé antérieurement.

Dans le courant du mois de juillet 1873, M. G. commença à s'apercevoir que sa voix devenait de temps en temps très-rauque et même s'éteignait à la suite des fatigues vocales auxquelles sa profession l'exposait. L'examen laryngoscopique, fait par M. Lafont, montra la corde vocale gauche épaissie et tuméfiée, la droite participait à peine à cette lésion. Le malade part à Cauterets. Il revient au mois de septembre absolument aphone. La corde vocale gauche est toujours œdémateuse, et présente à sa surface trois ou quatre petits mamelons. Le psoriasis s'était amendé d'une façon notable. Des traitements topiques (teinture d'iode, nitrate d'argent) eurent pour résultat de diminuer un peu

l'œdème et de permettre au malade d'émettre quelques sons rauques. Au mois de février, apparaissent une poussée de psoriasis et des phénomènes de dyspepsie. En mars la respiration devient difficile et s'accompagne d'accès de suffocation. Le 29 mars, M. Isambert pratique l'examen laryngoscopique et, au bout de quelques séances, il reconnaît une ulcération anfractueuse occupant le bord libre de la corde vocale droite. Le diagnostic fut : cancer du larynx de forme squirrheuse. Dans le mois d'avril, les phénomènes de dyspnée s'aggravèrent. La trachéotomie ayant été refusée, le malade mourut de suffocation le 26 avril sans avoir présenté ni dysphagie, ni hémorrhagie.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes varient suivant qu'il s'agit d'un cancer primitif ou d'un cancer consécutif.

Cancer primitif.

Les symptômes peuvent se diviser en fonctionnels, objectifs, généraux.

1° Symptomes fonctionnels.

Le larynx préside à plusieurs fonctions physiologiques des plus importantes ; c'est l'organe de la phonation, c'est également un organe de la respiration. On conçoit facilement que toute tumeur, développée dans son intérieur, amènera un trouble profond dans l'accomplissement de ces deux fonctions. Les connexions intimes qui existent entre le larynx et le conduit œsophago-pharyngien, rendent compte suffisamment des troubles de la déglutition, qui se manifestent presque constamment. Enfin le développement exagéré des ganglions cervicaux et sous-maxillaires amènera des compressions nerveuses qui donneront lieu soit à des phénomènes de contracture ou de paralysie du côté des cordes

vocales, soit à des troubles de la sensibilité caractérisés par des douleurs névralgiques intenses. Nous allons étudier successivement chacun des troubles fonctionnels que nous venons de signaler.

A. *Troubles de la phonation.* — Une légère altération de la voix constitue le premier phénomène dont se préoccupent les malades : la voix est un peu voilée. Ce trouble fontionnel survient lentement et spontanément, sans cause appréciable ; dans certains cas, la voix s'altère à l'occasion d'un rhume, et la voix reste moins pure qu'avant l'indisposition. Peu à peu l'altération de la voix s'accentue; ce n'est d'abord que de la raucité et de l'enrouement ; la voix finit enfin par s'éteindre. Cette aphonie est rarement complète ; avec quelques efforts le malade peut le plus souvent émettre quelques sons rauques. L'aphonie survient plus ou moins rapidement, selon le point d'origine du cancer ; si les cordes vocales sont les premières envahies, l'extinction de la voix ne tarde pas à se manifester. L'aphonie subit également des variations, soit que le chirurgien ait enlevé quelques petites productions cancéreuses au moyen d'instruments spéciaux, soit que le malade, dans un violent effort d'expiration, ait rejeté quelques débris de muqueuse dégénérée ; la voix peut alors reparaître, mais toujours considérablement altérée dans son timbre.

B. *Toubles de la respiration.* — Ce n'est que tardivement que se montrent les troubles de la respiration. Peu marqués au début et caractérisés seulement par une légère dyspnée à la suite d'un exercice violent, ils s'accentuent insensiblement. La respiration devient sifflante, rude, rapeuse. D'après M. Fauvel [1] le malade fait entendre un

1. *Maladies du larynx*, p. 700.

bruit de cornage dur, pathognomonique. Il semble, dit-il, que la colonne d'air inspirée passe à travers une anche ligneuse. A mesure que le conduit laryngien se rétrécit, la dyspnée augmente ; puis surviennent des accès de suffocation, rares et isolés d'abord, ils se répètent fréquemment plus tard au point d'amener une véritable asphyxie. C'est alors que la trachéotomie devient urgente ; elle peut seule mettre fin à tous ces accidents dyspnéiques. La dyspnée et les accès de suffocation sont dus, le plus souvent, à l'infiltration œdémateuse des replis aryténo-épiglottiques, et sont en tout semblables aux troubles respiratoires observés dans l'œdème de la glotte. Quelquefois la mort survient subitement, au milieu d'un accès de suffocation, avant que le chirurgien ait eu le temps de pratiquer la trachéotomie.

C. *Troubles de la déglutition.* — Ce n'est que très-exceptionnellement que la déglutition est gênée au début dans le cancer primitif du larynx ; la dysphagie est un phénomène tardif de cette affection. Elle est caractérisée d'abord par une légère douleur au moment de la déglutition, puis insensiblement cette douleur s'accentue au point que les malades ne peuvent plus avaler que des liquides ou des matières alimentaires réduites en pulpe ou en bouillie. Cette gêne de la déglutition n'est pas due seulement à la diminution de calibre du conduit œsophago-pharyngien dont les parois peuvent être envahies par la production organique, mais elle est due également à la douleur extrêmement vive qu'éprouve le malade par suite du tiraillement qu'exercent sur le larynx, au moment de la déglutition, les muscles du pharynx, qui prennent leurs insertions sur le squelette laryngien. Ces douleurs peuvent devenir intolérables au point que les malades ne peuvent plus avaler leur

salive. Elles ne sont pas localisées à la région laryngienne, elles s'irradient dans la région cervicale supérieure, dans la région sous-maxillaire et même jusque dans l'articulation temporo-maxillaire. Cette gêne de la déglutition empêche l'alimentation du malade et contribue pour sa part à amener rapidement des symptômes de cachexie.

D. *Phénomènes de compression.* — Les ganglions cervicaux situés sur les parties latérales du larynx et les ganglions sous-maxillaires peuvent acquérir, à une période avancée du cancer laryngien, un développement considérable, au point qu'ils peuvent comprimer les nerfs récurrents et donner lieu à des phénomènes de paralysie des cordes vocales, comme l'a observé M. Fauvel. Ils peuvent également exercer une compression sur les filets du plexus cervical et déterminer des douleurs névralgiques très-vives, qui s'irradient principalement dans la partie postérieure du cou et de la tête. Ces douleurs s'observent à une période déjà assez avancée de la maladie. Dans certains cas, les ganglions péribronchiques et péritrachéaux se tuméfient et occasionnent de la dyspnée en comprimant les conduits aériens.

E. *Salivation.* — Ce symptôme est constant, il est signalé dans toutes les observations de cancer du larynx. Ce ptyalisme exagéré ne survient pas au début de l'affection; il n'apparaît le plus souvent que lorsque la tumeur laryngée est ulcérée. Ce ptyalisme peut être excessif, analogue à celui que l'on rencontre dans l'épithélioma de la langue; il est constitué par un liquide sanieux, grisâtre, quelquefois sanguinolent. La salivation est un des symptômes les plus pénibles pour les malades; elles les affaiblit considérablement et leur interdit tout sommeil par suite de la nécessité

dans laquelle ils se trouvent de cracher à chaque instant.

L'haleine du malade exhale alors une odeur fétide, absolument analogue à celle de l'ozène. Comme dans cette dernière affection, le malade est seul à ne pas s'en apercevoir.

Les hémorrhagies sont presque constantes dans le cancer du larynx. Au début, les crachats ne contiennent que quelques filets de sang; plus tard, ce sont de véritables crachats sanglants que le malade expulse, voire même des caillots assez volumineux. L'hémorrhagie peut même être assez abondante pour affaiblir considérablement les malades. Ces laryngorrhagies peuvent se répéter fréquemment, et sont d'autant plus redoutables que les moyens hémostatiques sont malheureusement presque nuls ; elles constituent donc une véritable complication et amèneront rapidement la cachexie.

2° Symptômes objectifs.

Si l'on examine le larynx à l'extérieur, il sera difficile assez souvent de constater une augmentation de volume de l'organe. Ce n'est qu'à une période assez avancée que l'on pourra observer une hypertrophie en masse du cartilage thyroïde qui a été signalée par Isambert[1]. Le cartilage thyroïde, dit cet auteur, est élargi et présente la forme et la sensation au toucher d'une carapace de crustacé. Cette hypertrophie se rencontre dans presque toutes les variétés de cancer du larynx et principalement dans la variété décrite par Isambert sous le nom de squirrhe intralaryngien. Cette hypertrophie en masse du cartilage thyroïde est d'autant plus remarquable que les parties environnantes sont

1. Isambert. *Cancer du larynx* (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1876; t. II; p. 8).

généralement saines. Il est assez fréquent, en effet, de constater l'intégrité presque absolue des ganglions jusqu'à une période très-avancée de la maladie. Toutefois, dans certains cas, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires deviennent rapidement cancéreux et on les voit alors présenter un volume considérable, comprimer les organes environnants, généralement ils ne suppurent pas.

Dans plusieurs cas, la sensation que fournit le toucher au moyen du doigt introduit dans la gorge et jusque dans l'infundibulum laryngien, donne de bons renseignements.

L'examen laryngoscopique peut seul permettre au chirurgien de reconnaître le cancer laryngien, aussi acquiert-il la plus haute importance.

Les caractères de l'affection sont très-peu marqués au début ; on constate au laryngoscope un peu d'hyperémie de la muqueuse, qui est légèrement boursoufflée ; à cette période, le diagnostic est encore impossible. Puis apparaît une tumeur d'aspect spécial, brune, lisse, recouverte par la muqueuse, qui est d'un rouge violacé. La tumeur s'accroî progressivement ; lisse d'abord, elle devient ensuite bourgeonnante ; elle s'ulcère, prend une teinte blafarde et laisse sourdre un liquide grisâtre, purulent. La tumeur est d'abord bien limitée et, pendant longtemps, les tissus environnants sont indemnes ; mais à une certaine période de l'affection, on constate la propagation du cancer aux parties voisines, la muqueuse des replis aryténo-epiglottiques se vascularise, se tuméfie, et c'est alors que se manifestent le plus souvent les accidents dyspnéiques qui caractérisent l'œdème de la glotte.

Le cancer encéphaloïde se présente sous la forme de masses bourgeonnantes volumineuses qui s'ulcèrent sans se détruire complétement. Le cancer épithélial est souvent

formé par des végétations analogues à celles des papillômes; ces végétations s'ulcèrent rapidement au centre, tandis qu'à la périphérie de nouvelles végétations se forment qui auront le sort des premières. Ainsi se forme une vaste surface ulcéreuse, à fond grisâtre, saignant facilement au moindre attouchement. Il est remarquable que, dans un grand nombre d'observations, on a constaté pendant longtemps l'intégrité absolue d'une des moitiés du larynx. On voit quelquefois se former au niveau des masses bourgeonnantes, de véritables petits abcès blanchâtres que l'on peut reconnaître assez facilement au laryngoscope. Ils peuvent acquérir un volume assez considérable pour gêner la respiration ; ils s'ouvrent spontanément et donnent issue à du pus grisâtre ; le chirurgien devra les ouvrir si la respiration est très-gênée par leur présence. Le cancer peut débuter par l'épiglotte, et alors on voit, dit M. Fauvel, qu'elle est transformée en une masse arrondie, inégale, dure au toucher.

3° Symptomes généraux.

La *douleur laryngée,* à peine marquée au début de l'affection, n'apparaît d'abord qu'à des intervalles assez éloignés ; elle devient continue à une période plus avancée, lancinante ; les malades la comparent a un coup de couteau qu'ils recevraient dans la gorge[1]. Ce n'est que lorsque la tumeur laryngée est ulcérée, que les douleurs ne restent plus localisées au larynx et qu'elles s'irradient dans les régions voisines. Nous avons vu que les ganglions avaient leur part dans la production de ces douleurs irradiées.

1. Fauvel. *Traité des maladies du larynx,* p. 707.

Etat général. Les malades conservent longtemps leur embonpoint ; ce n'est qu'à la dernière période qu'on les voit maigrir, c'est-à-dire lorsque la tumeur s'ulcère et que les accidents de dyspnée et la gêne de la déglutition surviennent. On voit même des malades reprendre des forces, pendant quelque temps, après que la trachéotomie a été pratiquée. On sait qu'après cette opération le malade est beaucoup soulagé, et qu'il peut vivre encore un, deux et même trois ans, ainsi que le démontrent un grand nombre d'observations.

La teinte jaune paille des cancéreux ne s'observe pas fréquemment, même chez ceux qui meurent dans le marasme et la cachexie.

On retrouvera ces principaux symptômes dans l'observation d'un des malades que nous avons pu suivre dernièrement.

Obs. IX (inédite) — *Cancer primitif du larynx. — Trachéotomie.*

Le nommé D..., âgé de cinquante-sept ans, est entré le 14 décembre 1877, à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 26, dans le service de M. le Dr Péan. Le malade fait remonter le début de son affection au mois de juillet 1877. Il ressentit dans la gorge de légers picotements, puis de véritables douleurs. Il alla consulter M. Fauvel au mois de novembre. L'examen de l'intérieur du larynx, au miroir laryngé, ne laissa pas de doute sur la nature de la maladie. M. Fauvel posa, sans hésiter, le diagnostic de cancer primitif du larynx. A cette époque, la respiration commençait déjà à être gênée, et le 14 décembre le malade se vit dans la nécessité d'entrer à l'hôpital en raison des symptômes d'asphyxie qui allaient croissant.

État à l'entrée. — L'aspect du malade témoigne d'une cachexie assez prononcée. La respiration est très-gênée ; à chaque mouvement inspiratoire on entend un sifflement laryngé très-marqué, véritable cornage analogue à celui que l'on observe dans les rétrécissements du conduit laryngo-trachéal. La voix est presque éteinte et le malade est obligé de faire des efforts assez considérables pour se faire entendre à peu près distinctement.

L'examen du larynx, à l'extérieur, ne fait rien découvrir d'anormal ; pas d'hypertrophie en masse de l'organe. Les ganglions du cou ne sont nullement engorgés.

Si l'on pratique l'examen laryngoscopique, on voit que les cordes vocales supérieures sont recouvertes par des masses bourgeonnant d'un rouge foncé, légèrement ulcérées et recouvertes en partie de pus grisâtre.

Rien aux poumons ni dans les autres organes.

La salivation est peu abondante, elle consiste en mucus glaireux, rarement muco-purulent. Le malade se plaint surtout de douleurs vives de cou, elles s'irradient dans la partie postérieure de la tête. La gêne de la déglutition est peu accentuée.

Diagnostic : Cancer primitif du larynx.

Les jours suivants, la gêne de la respiration va en augmentant, et le 5 janvier le malade est asphyxiant. L'interne de garde est appelé pour pratiquer la trachéotomie. Cette opération fut faite à l'aide d'un bistouri, rapidement et sans aucun accident; on introduisit la canule n° 3. Immédiatement les accidents de dyspnée disparurent.

Depuis cette époque le malade se trouva beaucoup soulagé ; la déglutition, quoique gênée, pouvait encore se faire suffisamment pour permettre l'alimentation et soutenir les forces de l'opéré.

Le 1er mars, on voit se développer quelques ganglions sur la partie latérale droite du cou et dans la région sous-maxiliaire du même côté.

La déglutition se fait difficilement, le malade ne peut avaler que les liquides et les matières alimentaires réduites en bouillie. On change tous les trois jours la canule, le malade la supporte très-bien.

Le 10 mai, les ganglions de la partie latérale gauche du cou sont engorgés, ceux de droite prennent un volume considérable. La salivation, qui était peu abondante auparavant, s'est considérablement accrue ; le malade remplit quatre crachoirs en vingt-quatre heures.

Le 15 juillet. — Les ganglions du cou augment de volume; ils sont énormes à droite. La salivation est toujours très-exagérée. La déglutition se fait très-difficilement et gêne beaucoup l'alimentation. Les douleurs du cou sont très-marquées, surtout à droite, peut-être sont-elles dues à la compression qu'exercent les ganglions sur les filets nerveux de la région. Les douleurs d'oreilles sont excessivement vives, elles s'irradient dans toute la tête. La peau même de la région parotidienne, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite, est le siége d'une véritable hypéresthésie; l'application d'un doigt à ce niveau détermine une douleur très-vive.

Le 22 juillet. — L'interne de garde est appelé pour une hémorrhagie abondante qui est survenue tout à coup et qui s'est faite en partie par bouche, en partie par la canule. Malgré les moyens hémostatiques ployés (potion et glace) l'individu succombe au bout de quelques heures.

Autopsie. — Après avoir fait une incision verticale sur la ligne médiane du cou et écarté les téguments, nous apercevons, à droite, quelques ganglions peu développés; à gauche, les ganglions font presque complétement défaut. Une incision médiane et antérieure du larynx nous montre les parties molles (muqueuses, muscles, etc.) sous-jacentes aux cartilages complétement transformées en une masse fougueuse, noirâtre, déchiquetée par place. Les caractères des tissus constitutifs de cette masse sont difficiles à apprécier, l'autopsie n'étant faite que trois jours après la mort. Néanmoins, par son aspect lardacé sur quelques points, fougueux et ramolli sur d'autres, par le suc qui s'en écoule à la coupe, on reconnaît aisément qu'on a affaire à des productions cancéreuses. L'altération remonte assez haut. La partie supérieure de l'œsophage et inférieure du pharynx est détruite par le néoplasme. Dans une anfractuosité du pharynx on trouve quelques caillots, débris probables de l'hémorrhagie abondante à laquelle le malade a succombé.

Le corps thyroïde est sain.

Le foie, les reins, les poumons, ne renferment pas trace de cancer.

Cancer consécutif ou propagé.

Les signes de ces cancers, au début, sont ceux des cancers de l'organe d'abord envahi. S'agit-il d'une tumeur du pharynx, de l'œsophage, on aura de la dysphagie, des troubles de la déglutition. S'agit-il d'une tumeur du corps thyroïde, elle pourra déterminer des phénomènes de suffocation qui, parfois, ont nécessité la trachéotomie.

Quand le larynx est envahi, on voit se dérouler successivement tous les signes du cancer primitif que nous avons énumérés tout à l'heure. Dans quelques cas, cependant, la mort survient par cachexie avant que l'envahissement des cordes vocales ait déterminé les troubles vocaux si caractéristiques du cancer primitif.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

Le cancer du larynx, qu'il soit *primitif* ou *consécutif*, a une marche assez lente. Les troubles de la phonation et de la respiration ouvrent la scène dans les cancers primitifs, tandis que dans les cancers consécutifs, c'est la dysphage qui se manifeste tout d'abord. Les signes de cachexie ne se montrent que tardivement, alors que la tumeur laryngienne commence à s'ulcérer. La durée est variable selon la variété du cancer à laquelle on a affaire, et aussi selon que la trachéotomie a été pratiquée ou non.

La durée moyenne de l'encéphaloïde, d'après les statistiques de M. Fauvel, est de trois ans, la trachéotomie ne prolonge la vieque de neuf mois en moyenne. L'épithéliôme non trachéotomisé, donne une moyenne de un an et onze mois. Lorsque la trachéotomie a été pratiquée, la durée moyenne est de quatre ans. La trachéotomie est donc une bonne opération dans le cancer du larynx, et elle doit toujours être pratiquée.

La mort peut survenir de différentes manières. Les uns succombent à la cachexie cancéreuse, d'autres meurent asphyxiés lorsque la trachéotomie n'a pas été faite ; quelques malades meurent d'inanition par suite de l'impossibilité d'avaler les aliments ; on a cité des cas de mort par hémorrhagie.

Enfin, M. le docteur Fauvel a constaté sept fois la mort subite sur trente-sept observations. M. Fauvel se demande s'il faut l'attribuer à l'asphyxie pure et simple par obstacle laryngé, ou s'il convient plutôt de l'attribuer à l'accumulation de mucosités visqueuses dans la trachée et dans les

alvéoles pulmonaires. C'est à cette dernière supposition qu'il se range.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du cancer du larynx est extrêmement difficile à la première période de son évolution, et souvent même presque complétement impossible. Lorsque la tumeur a pris un certain développement dans l'intérieur du larynx ou au niveau des parties environnantes, le diagnostic présente alors plus de facilité, et l'examen au miroir laryngien permet le plus souvent au chirurgien de ne pas hésiter à se prononcer sur la nature cancéreuse de la tumeur qu'il a sous les yeux. Le diagnostic doit donc être fait à deux périodes : à la *première période* ou *période de début*, et à la *seconde période* ou *période ulcéreuse* ou *d'envahissement.*

1° *Première période, période de début.* Disons tout d'abord que, pendant très-longtemps, la maladie pourra être méconnue. La voix est seulement un peu altérée, les malades ne s'en préoccupent pas, et ils ne se décident à venir consulter le chirurgien que lorsque l'affection a déjà pris un grand développement. Tout au début de la maladie, la muqueuse présente une couleur brune, et sa surface est parsemee de quelques légères saillies. On pourrait alors confondre le cancer laryngien avec la laryngite hypertrophique. Le diagnostic, quoique difficile, pourra pourtant se faire, en tenant compte de la couleur rouge vif que présente la muqueuse dans cette dernière affection. De plus, la laryngite hypertrophique s'accompagne, le plus ordinairement, d'une pharyngite de même nature. Les douleurs sourdes du cancer font ici absolument défaut.

D'une manière générale, les polypes se distinguent du

cancer du larynx par des signes objectifs, fonctionnels, par l'absence de phénomènes généraux. Les polypes sont généralement pédiculés, ils siégent sur les cordes vocales inférieures, ils ne saignent pas facilement, ils n'ont pas la couleur violacée du cancer, ils n'ont pas de tendance à l'ulcération. La voix dans les cas de polypes est altérée, mais l'aphonie est rarement complète, elle n'est point durable comme l'aphonie cancéreuse ; que la tumeur se déplace, que son pédicule s'allonge, la voix reparaît tout à coup. La respiration n'est gênée que si le polype est ancien et très-volumineux ; au contraire, fatalement le cancer produit des accès de suffocation. Signalons encore les laryngorrhagies, l'expectoration fétide, signes inconnus dans l'évolution des polypes. Enfin, ces derniers ne s'accompagnent pas de retentissement ganglionnaire, ni de troubles de la santé générale ; au contraire, le cancer aboutit toujours à la cachexie.

Des différences aussi tranchées sembleraient devoir rendre le diagnostic toujours facile ; il n'en est pas ainsi : celui du papillôme, entre autres, présente parfois de sérieuses difficultés, témoin cette observation de Mozell-Mackenzie.

Obs. X. — Tirée de Morell de Mackenzie (Résumé de l'Observation LXXXVII, page 183. — *Epithélioma sur la corde vocale droite. Trachéotomie et Thyrotomie — Développement constant de la tumeur. — Mort.*

M. John S., âgé de 47 ans, orfèvre, vint me consulter le 18 septembre 1869, à cause d'un enrouement, d'attaques de suffocation et de difficultés dans la déglutition. Il était robuste, solidement bâti, mais pâle, anxieux, et son pouls était faible. Il racontait que depuis les cinq dernières années, son haleine était courte, mais il attribuait ce symptôme à un embonpoint croissant. Il y a quatre mois, cependant, il fut alarmé par une violente attaque de suffocation pendant la nuit. Les attaques devinrent plus fréquentes, et depuis un mois il est enroué. Il souffre, de plus, de vio-

lentes quintes de toux. Les digestions ne sont pas bonnes, mais son appétit est tout à fait vorace ; en fait, il mange autant que trois ou quatre hommes. Après son repas, il respire encore beaucoup plus difficilement Il a suivi plusieurs traitements généraux, mais sans résultat. A l'examen de la gorge, le larynx semble élargi et la luette allongée. Le gosier est si irritable, que la seule inspection de ces parties amène des efforts de vomissement. Après quelques difficultés cependant, je parvins à faire un examen complet du larynx et découvrir une tumeur en forme de chou-fleur, du volume d'une cerise, provenant de la corde vocale droite ; la membrane muqueuse était partout congestionnée et lâche. Ce ne fut qu'après avoir vu le patient plusieurs fois qu'il me permit de faire quelques tentatives d'extraction de la tumeur, mais il était si nerveux et si agité, que mes efforts restèrent sans succès.

A la troisième reprise, cependant (2 septembre), je réussis à enlever une partie de la tumeur du volume d'un gros pois. Le morceau fut enlevé en déployant très-peu de force, pas plus qu'il n'est communément nécessaire d'en dépenser pour arracher les néoplasmes croissants sur la membrane muqueuse, mais le patient se plaignit de ressentir une douleur extrême et refusa un traitement laryngoscopique plus prolongé.

A deux jours de là, M. S. prit froid et sa respiration devint plus difficile. Les symptômes devenant pressants et le malade étant désireux d'être opéré sous le chloroforme, la laryngo-thrachéotomie fut proposée et acceptée.

En conséquence, le 3 octobre, M. Woodsworth ouvrit la trachée. L'opération paraissait devoir être difficile à cause de la brièveté du cou et de l'épaisseur considérable de graisse qui se trouvait devant la trachée. De plus, le patient supporta très-mal le chloroforme et donna des signes marqués de syncope cardiaque. Dans cette occurrence, il n'était pas prudent de continuer la trachéotomie. Le patient se remit promptement après l'opération, et quinze jours plus tard une incision verticale fut faite à travers le cartilage thyroïde, et quelques gros fragments de la tumeur furent enlevés du larynx; les parties furent ensuite réunies au moyen de fils d'argent. La plaie se cicatrisa, mais on conseilla au malade de garder sa canule pendant un certain temps. Les résultats immédiats de l'opération furent la cessation de la dyspnée, la facilité de la déglutition, l'amélioration de la voix qui devint pour quelque temps distincte. Le patient, cependant, continuait à souffrir de quintes de toux qu'il ne pouvait pas arrêter.

Au commencement de décembre, on nota que les granulations que l'on voit communément sous la plaque de la canule quand elle a été portée pendant quelques semaines, devenaient plus grosses et plus nom-

breuses que de coutume. On expliqua cette condition par ce fait que le patient était si avare qu'il se privait des soins nécessaires d'un médecin. — En dépit de l'application de nitrate d'argent solide sur les bourgeons exubérants, de l'usage fréquent de poudre d'oxyde de zinc et d'autres remèdes variés, les végétations s'étendirent dans toutes les directions. Le malade commença alors à donner des signes de dépression; cependant, son appétit restait bon, et il dormait très-bien.

Des examens laryngoscopiques furent faits de temps en temps, et, en janvier 1870, on observa que la tumeur récidivait. Au commencement de mars, le néoplasme dépassait les replis aryténo-épiglottiques et obstruait le larynx tout entier. Le malade souffrait de fréquentes attaques de toux avec suffocation, probablement parce que la canule se bouchait. Les examens répétés de la canule, durant ces attaques, montrèrent qu'elle n'était pas bouchée par le mucus, et l'on pensa que la tumeur s'étendait par en bas et obstruait l'extrémité inférieure de la canule. Le malade mourut au milieu d'une de ces attaques le 10 mai 1870.

A l'examen *post mortem*, on trouva tout l'intérieur du larynx bouché par une énorme excroissance en forme de chou-fleur, qui s'étendait depuis le dessus des replis aryténo-épiglottiques jusqu'au-dessous de l'orifice fait à la trachée dans la trachéotomie, c'est-à-dire dans un espace de plus de 4 pouces. La tumeur avait même pénétré à travers la base du repli aryténo-épiglottique droit et s'était étendue jusqu'à la fosse hyoïde droite. La tumeur était disposée le long de la route de la canule jusqu'à l'extérieur du cou et formait une frange épaisse, de 1 pouce 1/2 de large, autour de l'ouverture de la trachée, de sorte que les granulations que l'on voyait au-dessous de la canule étaient de la même nature que la tumeur du larynx. La tumeur, végétante, de nouvelle formation, était tout autre qu'une tumeur bénigne, et l'examen histologique qui en fut fait montra bien l'extrême difficulté d'arriver à des conclusions exactes relativement à l'histologie de ces tumeurs, même lorsque la tumeur entière est examinée. Une partie fut examinée par quelques éminents micrographes, et reconnue comme provenant d'un simple papillôme. Un nouvel examen ayant démontré l'existence de tissu, fibreux en grande quantité, on appela la tumeur fibro-celluleuse. Un peu plus tard, mon frère, M. Stephen Mackenzie, découvrit quelques globes épidermiques, et à cause de l'importance de cet élément, la tumeur doit être indubitablement placée dans les tumeurs cancéreuses, et considérée comme un épithélioma. Toute la surface de la tumeur était couverte de végétations papillaires.

Nous ne ferons que signaler l'erreur possible qui consiste à confondre un cancer du larynx avec une tumeur gommeuse. Les antécédents du malade, le traitement ioduré et mercuriel permettront, le plus souvent, d'asseoir un diagnostic cette affection est d'ailleurs très-rare.

2° *Période ulcéreuse ou d'envahissement.* — Si dans certains cas, à cette période, le diagnostic est extrêmement aisé, lorsque, par exemple, il existe dans la cavité laryngienne ces masses bourgeonnantes énormes, ulcérées, que l'on rencontre dans l'encéphaloïde, il n'en est pas moins vrai que, quelquefois, le diagnostic présente les plus grandes difficultés. « Dans la forme squirrheuse, dit Isambert, le diagnostic pourra être longtemps incertain. Le rétrécissement simple ou accompagné d'une surface ulcéreuse, que l'on observe au début, ne diffère pas notablement des lésions analogues que l'on observe dans la phtisie laryngée ou dans la syphilis laryngée. Dans la tuberculose, la coloration des surfaces est moins foncée, plus rose. L'œdème transparent, analogue au chémosis de la conjonctive, est fréquent; nous ne l'avons pas encore vu dans le cancer, qui est, au contraire, ratatiné, anfractueux et d'une consistance plus dure. Les surfaces tuberculeuses sont molles au toucher. Le muco-pus qui baigne les ulcérations tuberculeuses est plus lié, plus crémeux et moins fétide que la sanie cancéreuse, qui est grisâtre ou mêlée d'un sang vermeil, jus de groseilles. Les végétations en forme de stalactites qui se produisent dans la phthisie laryngée, sont arrondies et n'ont pas l'aspect anguleux et déchiqueté du squirrhe laryngien. Il faudra toujours ausculter le malade, et toujours, dans la phthisie laryngée, on trouvera dans le poumon des indices non douteux de tuberculose. Disons toutefois que Trousseau et Belloch dans leur *Traité de la phthisie laryngée*, ont ren-

contré deux fois l'existence de la tuberculose pulmonaire chez des individus atteints de cancer laryngé ; le fait n'en est pas moins exceptionnel. Enfin ce n'est que, dans la tuberculose que l'on observe, les caries et les nécroses des cartilages du larynx, lésions qui peuvent être très-prononcées et donner lieu à la production d'une grande quantité de pus crêmeux. Notons également que, dans la phthisie laryngée, la salivation est beaucoup moins abondante et que l'engorgement ganglionnaire s'observe bien plus rarement que dans le cancer.

Les ulcérations syphilitiques du larynx peuvent être confondues avec les surfaces ulcérées du cancer du larynx, l'erreur est même très-difficile à éviter, dans certains cas. Toutefois, le diagnostic deviendra plus aisé si l'on tient compte des caractères spéciaux que présentent les ulcérations syphilitiques. Leur teïnte et leur nuance est d'un rouge vif et purpurin, d'un rouge carminé, d'un rouge scarlatineux. Les ulcérations sont d'un rouge foncé, brunâtre. Dans tous les cas la syphilis cancéreuse laryngée ne survient que comme accident tertiaire et tardif, et il sera le plus souvent possible de retrouver dans les antécédents du malade des notions assez précises pour mettre sur la voie du diagnostic. La syphilis aura souvent laissé sur le corps des marques indélébiles tout à fait caractéristiques. Du reste, dans les cas douteux, il ne faut jamais hésiter à donner l'iodure de potassium et le mercure. A coup sûr, si le malade est atteint de syphilis laryngée, l'affection ne tardera pas à être notablement modifiée, ce qui viendra dissiper tous les doutes.

Nous ne ferons que mentionner l'erreur qui consiste à confondre le cancer du larynx avec les ulcérations scrofuleuses. Celles-ci sont très-rares, s'accompagnent généralement d'autres manifestations de la scrofule, et ne présentent

jamais cet aspect fougueux et végétant du cancer. Elle sont granuleuses et secrétent peu de pus. Disons, enfin, que la scrofule laryngée est absolument indolente.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre du diagnostic sans parler de certaines tumeurs laryngées primitivement bénignes, et qui, après un laps de temps généralement assez long, subissent une véritable transformation aux dépens de leurs éléments ; de bénignes qu'elles étaient, elles deviennent malignes dans toute l'acception du mot, c'est-à-dire qu'elles ont tendance à l'envahissement et qu'elles finissent par s'ulcérer et par amener la mort du malade, par la cachexie spéciale et par les complications bien connues du larynx. Il suffit d'être prévenu pour éviter une erreur ; du reste, ces transformations des tumeurs sont assez rares et même ne sont admises que par un très-petit nombre d'auteurs.

Les cancers consécutifs sont généralement très-faciles à diagnostiquer. Le cancer primitif du corps thyroïde pourrait présenter au début plus de difficultés.

PRONOSTIC

Le cancer du larynx, qu'elle qu'en soit la variété, aboutit, fatalement à la mort. Chez les individus nor trachéotomisés, la mort survient au bout de deux ans environ. La trachéotomie prolonge la vie du malade d'un ou deux ans. La laryngotomie et l'extirpation au larynx qui ont été pratiquées dans ces dernières années, amèneront peut-être de meilleurs résultats, mais il n'est pas possible actuellement de se prononcer sur ce sujet.

TRAITEMENT

Cancer primitif.

Le traitement du cancer primitif peut se diviser en palliatif et curatif.

Le *traitement palliatif* sera souvent le seul possible. Il est d'abord absolument médical et consiste en applications de substances diverses sur la tumeur et les parties voisines, soit à l'aide de pulvérisations, soit préférablement à l'aide de topiques portés directement sur les parties malades, au moyen d'un pinceau ou d'une éponge montée, en s'éclairant avec le laryngoscope.

S'il existe de l'œdème, on retirera des avantages de l'attouchement à l'aide d'une solution faible de nitrate d'argent. Le perchlorure de fer sera employé pour combattre les hémorrhagies des cancers très-vasculaires. L'acide chromique, en solution concentrée, pourra servir à cautériser et détruire certaines parties exubérantes de la tumeur.

Au lieu de se servir de ce caustique, on pourra faire des extirpations et des cautérisations partielles de la tumeur au moyen de l'anse galvanique on de l'écraseur. Autant que possible, on se servira d'instruments hémostatiques afin de se mettre à l'abri des hémorrhagies, qui peuvent être très-graves. Ces opérations partielles ne doivent pas être dédaignées, elles peuvent permettre de différer la trachéotomie et, chez quelques malades que ce dernier moyen effraie, elles peuvent être la seule pratique qui permette de prolonger l'existence. Les mêmes extirpations partielles peuvent être tentées avec avantage après la trachéotomie, soit par l'orifice supérieur du larynx, soit par la plaie de la trachée.

On s'efforce de combattre la mauvaise haleine des malades à l'aide de pulvérisation d'acide phénique ou de permanganate de potasse.

Les douleurs devront être calmées par tous les moyens en notre pouvoir : opiacés, bromure, surtout injections-sous-cutanées de chlorhydrate de morphine,

Si la déglutition est impossible, on nourrira le malade à l'aide de la sonde œsophagienne. Les complications, abcès du larynx, abcès de voisinage, suppurations ganglionaires, appellent l'attention du médecin et ne doivent pas être négligées.

Il arrive cependant un moment où les phénomènes de suffocation sont tels qu'il faut absolument créer à l'air une issue nouvelle. C'est alors qu'on proposera la trachéotomie comme l'unique chance de salut. Nous conseillons de ne pas attendre trop longtemps pour faire cette opération, et de faire bénéficier le malade du *chloroforme.* Il faut faire l'ouverture de la trachée aussi bas que possible, afin d'éviter la propagation de la tumeur aux bords de la plaie. Dans quelques observations, il est arrivé que les bourgeons cancéreux ont oblitéré l'orifice inférieur de la canule et déterminé ainsi l'asphyxie.

En faisant l'incision loin du larynx, on se mettra pour longtemps à l'abri de cette complication.

Le *traitement curatif* comprend trois procédés : 1° l'extirpation de la tumeur par les voies naturelles ; 2° l'extirpation de la tumeur par une voie artificielle; 3° l'extirpation non plus de la tumeur, mais du larynx tout entier.

Extirpation de la tumeur par les voies naturelles. — Cette opération n'est indiquée que si la tumeur est pédiculée et s'il est possible de la saisir. Elle ne diffère pas de l'ex-

tirpation d'un polype, et on pourra se servir de pinces, de guillotines, de couteaux ou de ciseaux spéciaux. On préfèrera le galvano-cautère et l'écraseur, à cause de l'hémostase réalisée par ces instruments. Généralement le mal, par ce moyen, n'est enlevé qu'en partie et ne tarde pas à récidiver.

Extirpation par les voies artificielles. — On n'y aura recours que s'il n'existe pas d'infection ganglionnaire bien marquée et si les cartilages ne sont pas envahis. La trachéotomie doit être faite au préalable et on cherchera à prévenir l'entrée du sang dans les voies aériennes. Deux procédés sont employés en Allemagne, celui de Rose [1], qui consiste à renverser fortement la tête en arrière, celui de Trendelenburg [2] qui consiste à faire le tamponnement de la trachée au moyen de la canule-tampon. Celle-ci n'est autre chose qu'une canule un peu plus longue que d'ordinaire et entourée d'une sorte de petit sac en caoutchouc, que l'on peut gonfler à volonté, de manière à oblitérer le calibre de la trachée, tout en ménageant le passage de l'air par le tube central [3]. On ouvre ensuite le larynx sur la ligne médiane depuis le cricoïde jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne et plus ou moins haut, suivant les cas, on écarte les deux valves de l'organe et on procède à l'extirpation de la tumeur, ou à un véritable curage, s'il s'agit d'une tumeur épithéliale.

1. Rose, *Verschlag zür Erleichterung der Operationen am Oberkiefer. Arch. für Klinische Chirurgie*, 17e vol., 3e fascicule, p. 454. — Ce procédé, recommandé par l'auteur pour l'extirpation du maxillaire supérieur, s'applique à toutes les opérations où il est important d'empêcher l'entrée du sang dans les voies aériennes.

2. Trendelenburg. *Die Tamponäde der Trachea*, Berlin, *Klin. Wochenschrift*, 1871, nº 19

3. Lefort, *Médecine opératoire*, t. II, p. 305.

Le larynx étant net de productions étrangères et le sang ayant cessé de couler, on rapproche les deux parties du larynx à l'aide de bandelettes agglutinatives et, au bout de peu de temps, la réunion se fait. La canule à trachéotomie est laissée pendant quelques jours dans l'ouverture trachéale et retirée ensuite. Par cette opération M. le docteur Fauvel a prolongé de plusieurs années la vie d'une de ses malades.

Obs. XI. — (Tirée de Fauvel). — Résumé.

Mme G., quarante-deux ans, opérée de polype par l'arrachement en 1863, revient en 1866 avec une tumeur arrondie, lisse, rouge foncé, qui s'engage entre les cordes vocales pendant l'expiration et les masque en partie. Pendant deux mois, le docteur Fauvel essaie d'arracher ou de cautériser la tumeur, mais ne peut y parvenir. La laryngotomie est faite par M. Désormeaux, le 3 juillet 1866 ; trois anneaux de la trachée, le cricoïde, le thyroïde, sont sectionnés. La tumeur était presque sessile, d'une couleur rouge lie de vin, de consistanee fongueuse, mamelonnée. Il fallut le bistouri pour la détacher, les derniers restes furent enlevés par le grattage. Les deux parties du larynx sont ensuite rapprochées, et une canule mise dans la partie inférieure de la plaie. La parole revient rauque, mais bien articulée. Dans les premiers jours de 1868, végétations sur le point d'implantation. Une nouvelle laryngotomie est pratiquée dans les premiers jours de mai. Au mois de novembre, de nouvelles végétations apparaissent. Le volume du larynx augmente sur les côtés, les bords de la plaie prennent l'aspect cancéreux et se couvrent de fongosités. Au commencement de l'année 1869, les mouvements de la tête et de la langue deviennent difficiles, la malade meurt par les hémorrhagies et le manque de nourriture, mais non cachectique. Il n'existait aucun engorgement ganglionnaire, ni au cou, ni dans la partie supérieure du médiastin. Il s'agissait d'un cancer épithélial. De tout l'appareil laryngien, l'épiglotte seule était intacte.

Les bénéfices de l'opération sont temporaires. La récidive se fait localement, et, au bout de quelques mois ou de quelques années, la mort arrive par cachexie. Dans le cas cité par Sands, il n'y eut pas de récidive locale, mais le cancer récidiva dans les viscères.

C'est pour éviter la récidive locale que les Allemands ont eu recours à une opération plus radicale, l'extirpation du larynx. Les expériences de Czerny, sur des chiens, en ayant fait entrevoir la possibilité sur l'homme, Billroth, en 1873 [1], pratiqua la première fois cette opération.

La technique de l'extirpation du larynx a fait l'objet de la thèse d'Hermantier [2]. Aussi nous ne ferons qu'en décrire rapidement les principaux temps, renvoyant pour les détails à ce travail.

Comme pour la thyrotomie, la trachéotomie doit être faite au préalable, l'individu étant soumis au chloroforme. On introduit alors dans la trachée, la canule tampon de Trendelenburg. Quelquefois on a eu recours au procédé de Rose.

Procédant alors à l'extirpation elle-même, dans un premier temps, on fait une incision cutanée qui, commençant à deux centimètres au-dessus de l'os hyoïde, se termine à quelque distance de celle nécessitée, par la trachéotomie. On peut faire, si l'on veut, une incision en T, et, dans ce but, de la partie supérieure de la première on fait partir deux incisions à angle droit jusqu'à la rencontre des sterno-mastoïdiens.

Dans un deuxième temps on libère le larynx de ses attaches latérales, employant autant que possible des instruments mousses et ne faisant usage du bistouri que pour détacher les muscles. Les artères sont pincées au fur et à mesure qu'on les ouvre.

Dans le troisième temps on enlève le larynx, soit de haut en bas (Maas,) soit de bas en haut (Billroth). Dans ce dernier procédé on sectionne, à la partie inférieure, les attaches

1. *Archiv. für Clinische Chirurgie*, 1874, p. 343.
2. Paris, 1876.

du cricoïde à la trachée, on relève le larynx, et on coupe également ses attaches supérieures, laissant ou enlevant l'épiglotte suivant qu'elle est saine ou altérée.

Au lieu de sectionner sous le cartilage cricoïde, si le cancer n'a pas atteint la muqueuse cricoïdienne, il est mieux de faire la section transversale du cricoïde à l'aide de la pince de Liston. On laisse ainsi, autour de l'orifice supérieure de la trachée, un anneau qui s'oppose à sa rétraction, grâce aux attaches solides qui maintiennent le cricoïde dans sa situation normale. Le thermo-cautère rend les plus grands services dans cette opération, comme on le peut voir dans le récit de la dernière extirpation de Bottini [1].

Après l'opération, il faut alimenter le malade pendant plus ou moins longtemps à l'aide de la sonde œsophagienne. Bientôt la plaie bourgeonne et finit par se cicatriser.

Il reste une ouverture trachéale qui met le conduit aérien en communication avec l'extérieur. On peut alors y introduire le larynx artificiel, de Gussenbauer, qui permet à l'opéré d'articuler des sons. Voici sur quel principe il est construit.

Il se compose de deux tubes, l'un s'adaptant à la trachée, l'autre aboutissant dans le pharynx. A la jonction de ces tubes, qui forment un certain angle, existe une ouverture par où l'on peut introduire une cassette munie d'une lame vibrante. L'air, en sortant de la trachée, rencontre la lame et la fait vibrer, ce qui produit un son. Le son est modulé en voyelles et en consonnes par les parties supérieures du tuyau vocal, c'est-à-dire par le pharynx, la langue, les lèvres, et il est possible à l'individu de se faire comprendre facilement. La voix est seulement monotone

1. *Ann. ds maladies de l'oreille et du larynx*, 1878, p. 182.

et présente un timbre métallique qui varie suivant la substance qui entre dans la composition de l'anche vibrante.

Quelle est la valeur réelle de l'opération? Pour arriver à des conclusions exactes, nous devons d'abord rapporter les cas d'extirpations du larynx avec leurs résultats. Ils sont au nombre de 12.

1. Billroth. 1873. Début du cancer : trois ans. Mort trois mois après par récidive de la tumeur.

2. Heine de Pragues. 1874. *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1875. Mort six mois après l'opération par récidive de la tumeur.

3. Schmidt. Francfort-sur-le-Mein. 1874. Mort cinq jours après l'opération dans le *collapsus*.

4. Billroth. 1874. Mort le quatrième jour de broncho-pneumonie.

5. Bottini (de Turin). Heureuse issue de l'opération. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875. La guérison se maintient encore aujourd'hui.

6. Langenbeck. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875. Guérison. Depuis l'opération on n'a plus de nouvelles de l'opéré.

7. Schoenborn. Mort le quatrième jour de gangrène pulmonaire.

8. Maas. *Arch. für Klinische Chirurgie* 1876. Vieillard, sarcome. Mort le quatorzième jour de broncho-pneumonie.

9. Maas. *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1877, p. 534. Guérison.

10. David Foulis (de Glascow). Guérison. *The Lancet*, oct. 5, 1877.

11. Gerdes. Mort le quatrième jour de pneumonie. *Arch. für Klinische Chirurgie*, vol. XXI, s. 2, p. 473.

12. Bottini. Extirpation du larynx et d'une partie de l'œsophage. Mort le deuxième jour, de pneumonie.

Ainsi donc, sur ces 12 cas, il y eut 8 morts, 3 guérisons, 1 résultat donné huit jours seulement après l'opération[1]. La mort fut déterminée deux fois par des récidives (au bout de 3 mois et 6 mois), quatre fois par des pneumonies (2e, 4e et 14e jour), une fois par gangrène pulmonaire accompagnant la pneumonie, une fois par le collapsus. Nous n'avons

1. D'après M. Fauvel, l'opéré serait mort dans les quatre mois qui suivirent l'opération.

pas l'autorité suffisante pour tirer de ces éléments statistiques une approbation ou une désapprobation de l'extirpation du larynx. Nous pouvons cependant en déduire quelques conclusions qui nous paraissent à l'abri de toute critique :

1° *L'extirpation du larynx n'est pas une opération qui fait courir au malade des dangers immédiats.* Que craindre en effet : l'hémorrhagie? mais grâce aux moyens hémostatiques dont nous disposons, nous pouvons être sûrs d'en triompher; l'introduction du sang dans les voies aériennes? Sans doute c'est là un danger plus pressant et plus difficile à conjurer, il n'existe plus si on fait préalablement le tamponnement de la trachée.

2° *La mort est le plus souvent le résultat de complications pulmonaires.* Il conviendra donc d'entourer le malade de précautions aussi minutieuses que celles qui sont indiquées dans la trachéotomie : chambre à une température moyenne, humidité de l'atmosphère, cravate de mousseline.

3° *La récidive peut se faire sur place*, et il en résulte qu'il faudra, autant que possible, ne pas attendre, pour faire l'opération, que les ganglions soient dégénérés et que le cancer ait eu le temps de se propager.

4° *La guérison peut se maintenir pendant plusieurs années.* Nous ne pouvons en donner une meilleure preuve qu'en rapportant ici la réponse que le docteur Bottini a bien voulu nous adresser à propos de son opéré de 1875 :
« Mon opéré d'extirpation du larynx, dit-il, est toujours
« vivant et surtout bien portant. Maintenant il est occupé

« comme facteur de poste entre Intra et Miativa, petit vil-
« lage éloigné d'Intra de 10 kilomètres, qu'il parcourt tous
« les jours à pied. Il porte toujours la canule trachéale et il
« se sert du larynx artificiel, seulement quand il veut pro-
« noncer quelques mots, car il dit que, l'instrument étant
« trop gros, le gêne dans la respiration.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bailly. Cancer de l'œsophage et du larynx. — Autopsie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1876, n° 2, page 83.

Ballet. Progrès médical, 1878. — Observation présentée à la Société anatomique.

Barth. Bulletin de la Société anatomique, 1854, page 202.

Bauchet. Bulletin de la Société anatomique, 1851.

Bicherton. Bösartige Erkrankung des Larynx. — Schmidt's Jarbucher, 1865.

Billroth. Arch. für Klinische Chirurgie, 1874, p. 343.

Blanc. Cancer primitif du larynx. Thèse de Paris, 1872.

Boekel. Article Larynx in Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Bottini, de Pavie. Extirpation du larynx. — Académie royale de Turin et Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1875. — Extirpazione incruenta de larynge e porzione di esophago, 1878.

Causit. Polypes chez les enfants. Thèse de Paris, 1867.

Cooke. Cancer primitif du larynx. Lancet, septembre 1874.

Curling. Epithelialkrebs des Larynx and Œsophagus. In Schmidt's Jarbucher.

Decori. Cancer du larynx. Société anatomique, 1862, p. 353.

Descouts. Contribution à l'étude du cancer primitif du larynx. Paris, 1876.

Dreyfous. Cancer pharyngo-laryngé. Bulletins Société anatomique, 1876, p. 304.

Duncan Gibb. British med. Journal. — Tumeur cancéreuse, 1864.

Dufour. Cancer épithélial du larynx chez un enfant d'un an. Société anatomique, 1865, p. 53.

Durham. Holmes system of Surgery.

Fauvel. Traité des maladies du larynx. Paris, 1876.

Follin et Duplay. Traité de pathologie externe, t. V, p. 357.

Foulis (David). Lancet, octobre 1877, et Medical Society of London, january 14, 1878.

Gerdes. Extirpation complète du larynx. Arch. für Klinische Chirurgie, vol. XXI, f. 2, p. 473.

Gurdon Buck. Transactions of Ann. med. Association, 1853.

Hermantier. De l'extirpation du larynx, historique, technique opératoire. Thèse de Paris, 1876.

Hilton. Trachéotomie dans le cancer du larynx. Presse médicale, 1858.

Hueter. Tracheotomie und Laryngotomie. — Handbuch der allgemeinen und speciellen chirurgie von Pitha und Billroth, 1872, vol. XV, 3e fascicule.

Isambert. Contribution à l'étude du cancer laryngé, 1er mars 1876. Ann. des maladies de l'oreille et du larynx.

Krishaber. Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Lettre à M. le professeur Verneuil, obs. V, p. 73. — Dictionnaire encyclopédique, art. Larynx.

Lafont et Isambert. Cancer intrinsèque du larynx. — Ann. des maladies de l'oreille et du larynx, 1876, nº 2, p. 78.

Langenbeck. Extirpation du larynx. Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1876, nº 2, p. 78.

Lennox Browne. The Throat and its diseases. London, 1878.

Louis. Cancer du larynx. Mémoires de la Société médicale d'observation.

Maas. Extirpation du larynx. Arch. für Klinische Chirurgie, 1877, p. 534; 1876, p. 510.

Mackenzie. Essay on growths in the larynx. London, 1871.

Meunier. Société anatomique, 1861, p. 187.

Monod Eug. Cancer du larynx. Société anatomique, 17 nov. 1876.

Morgagni. De Sedibus et Causis morborum, lettre 28e, t. V, p. 29. Traduction de Désormeaux.

Planchon. De la laryngotomie. Thèse de Paris, 1869.

Reclus. Rapport sur la candidature de M. E. Monod à la Société anatomique. Bull. de la Société anatomique, 1877, p. 101.

Reverdin. Cancer des muscles du larynx. Société anatomique, 1871, p. 47.

Rokitansky. Pathologische anatomie, III, Band, page 25.

Sands. New-York, Med. Journal, 1865, p. 110.

Stoerck. Zottenkrebs der Larynx In Archiv. der Heilkunde.

Trousseau. Traité de la phthisie laryngée. Paris, 1837, p. 132, et Journal des connaissances médico-chirurgicales, 184, 8e année, p. 133.

Turck. Uber Kehlkopfkrebs in Allgemein. Weiner mediz. Zeitg. nº 31, 1862, et Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre Wien, 1866.

Paris. — Typographie Parent, 31, rue Monsieur-le-Prince.

